

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Витебский государственный медицинский университет»**

А.В.ФОМИН

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Библиотека ВГМУ



Витебск – 2005

УДК 616-089:616-003.9:616-072.8

ББК 54.53-5+54.574+88.48

Ф 76

Рецензенты:

профессор кафедры хирургических болезней №1 Гомельского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор А.Н. Лышков;
доцент кафедры психологии и коррекционной работы УО «Витебский Государственный Университет им. П.М. Машерова», кандидат медицинских наук Т.Е. Косарева.

301028

Фомин, А.В.

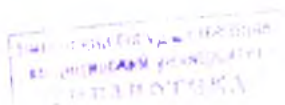
Ф 76 Реабилитация больных после оперативных вмешательств:
Монография/ А.В. Фомин. – Витебск: ВГМУ, 2005. – 164 с.

ISBN 985-466-116-4

Пр. 2010 г.

Монография посвящена актуальной проблеме – реабилитации больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. С позиций системного подхода рассмотрена адаптация организма при психоэмоциональном стрессе. Изучено взаимодействие систем адаптации. Анализирована роль психологических особенностей больных. Предложены методы диагностики нарушений адаптации и схемы реабилитации больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Монография предназначена хирургам, студентам медицинских вузов.

УДК616-089:616-003.9:616-072.8
ББК 54.53-5+54.574+88.48



©Фомин А.В., 2005

©УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2005

ISBN 985 – 466 – 116 - 4

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список условных обозначений	4
Введение	5
Глава 1. Стресс и системы адаптации организма	8
Глава 2. Эпидемиология хирургических заболеваний органов брюшной полости	21
Глава 3. Психологические особенности больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости	25
3.1. Внутренняя картина болезни и её особенности	26
3.2. Эмоциональность и тревожность	36
3.3. Особенности психологической адаптации. Клинико-психологические группы	41
Глава 4. Нейрофизиологические особенности больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости	53
Глава 5. Нейрогуморальная регуляция у больных в условиях психоземotionalного стресса	64
Глава 6. Состояние иммунной системы и неспецифическая резистентность	72
Глава 7. Результаты лечения больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.	78
Глава 8. Отдалённые результаты лечения	92
Глава 9. Диагностические и лечебные мероприятия по проведению реабилитации	94
9.1. Обоснование механизмов реабилитации больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости	95
9.2. Реабилитационные мероприятия у больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости	102
Практические рекомендации	129
Заключение	134
Приложение	141
Литература	153

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

А - адреналин

АД - артериальное давление

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КЖ – качество жизни

КВЧ – терапия волнами миллиметрового диапазона

ЧСС - частота сердечных сокращений

САС симпатико-адреналовая система

ЦНС - центральная нервная система

ЭКГ - электрокардиограмма

ПХЭС - постхолецистэктомический синдром

Ig –иммуноглобулины

ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы

НА – норадреналин

T₃ – трийодтиронин

T₄ – тироксин

НСТсп – спонтанный НСТ - тест

НСТсм – индуцированный НСТ - тест

УНВ - условно негативная волна.

MMPI- Миннесотский многопрофильный личностный опросник

СМОЛ – Сокращённый Многофакторный опросник исследований личности

L - шкала лжи

F - шкала достоверности

K - шкала коррекции

1(Hs)- шкала невротического сверхконтроля,

2(D)- шкала пессимистичности,

3(Hy)- шкала эмоциональной лабильности,

4(Pd)- шкала импульсивности,

5(Mf) шкала мужественности-женственности,

6(Pa) - шкала ригидности,

7(Pt) - шкала тревожности,

8(Sc) - шкала индивидуалистичности,

9(Ma) - шкала оптимистичности,

0(Si) – шкала социальной интроверсии

ВВЕДЕНИЕ

Результаты лечения больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости не имеют заметной тенденции к улучшению. Их нельзя признать удовлетворительными в связи с отсутствием заметной тенденции к снижению числа осложнений и низким уровнем качества жизни [30,115]. Развитию осложнений способствуют расширение объема и характера оперативных вмешательств, увеличение возраста оперируемых больных, сопутствующие заболевания и снижение устойчивости организма [35,86].

Частота осложнений после оперативных вмешательств на органах брюшной полости составляет от 4,6% до 19,4% [29,44]. В случае развития гнойного перитонита послеоперационные осложнения диагностируются у 22,9% - 40% больных [28,30,38]. Осложнения, вызванные хирургической раневой инфекцией, диагностируются у 11,5% - 27,8% больных [1]. Число осложнений у больных с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями значительно возрастает, так при сопутствующем циррозе печени летальность достигает 67%-83% [96]. Наряду с осложнениями раннего послеоперационного периода, в разные сроки после операции диагностируются поздние осложнения и функциональные нарушения. В разные сроки после холецистэктомии нарушения определяются у 5%-40% оперированных больных [22,66,133,152,202]. Профилактика осложнений, их своевременная диагностика и лечение, наряду с повышением качества жизни оперированных больных, является важной медицинской, социальной и экономической проблемой. Решение этой проблемы может способствовать дальнейшему прогрессу хирургии [17,51, 187].

Исход лечения в определенной степени обусловлен состоянием процессов адаптации [86]. Напряжение систем адаптации приводит к метаболическим нарушениям, дисфункции жизненно важных органов, обострению хронических заболеваний. Недоучет этих особенностей на этапе предоперационной подготовки, при выборе тактики оперативного вмешательства, в послеоперационном периоде является одной из важнейших причин развития осложнений, увеличения продолжительности стационарного лечения и всего восстановительного периода [35]. Вместе с тем, с повышением интенсивности деятельности человека и увеличения числа неблагоприятных факторов окружающей среды, требования к системам, обеспечивающим адаптацию, значительно повысились [13].

В современной медицине значительно выросло число заболеваний, в основе которых лежат стрессовые ситуации и психические нагрузки [74]. У лиц, перенесших тяжелые стрессовые психоэмоциональные нарушения с депрессивной и другой соматической и психической симптоматикой, важная роль в реализации системной реакции организма принадлежит психологическим изменениям [13,72]. Различными вариантами тревожных расстройств, многие из которых требуют дополнительной коррекции, страдают около 70% больных с заболеванием органов брюшной полости [102,193]. Однако изучение психологических особенностей у хирургических больных при коротком сроке пребывания их в стационаре имеет определённые сложности. Результаты исследований по данному вопросу ограничены и противоречивы [67].

Изучению адаптационных процессов посвящены многочисленные исследования. Особое внимание было уделено гормональному и метаболическому гомеостазу, а также нейрогуморальным процессам регуляции (Мышкин К.В. 1986, Малиновский Н.Н. и соавт. 1996, Кузнецов Н.А. 1997). В определенной степени изучена роль вегетативного отдела центральной нервной системы при регуляции сердечной деятельности в условиях стресса и гипоксии (Клецкин Ф.З. 1991). Глубоко изучены при различных патологических состояниях изменения в иммунной системе (Гостищев В.К. и соавт. 1996). Вместе с тем, несмотря на длительный период изучения центральных механизмов регуляции, их роль в полной мере не раскрыта [71,75]. До настоящего времени недостаточно изучено значение нейрофизиологических механизмов и психологических факторов в системной организации адаптационных процессов. Продолжается изучение механизмов взаимодействия центральной нервной системы с симпатико-адреналовой системой, гипоталамико-надпочечниковой и иммунной системами организма. Не в полной мере изучены процессы, происходящие в центральной нервной системе в период адаптации и формы дезадаптации при развитии осложнений.

Системный подход к изучению адаптационных процессов, широко применяемый в естественных науках, в биологии и медицине представляется достаточно новым [92]. Механизмы взаимодействия физиологического и психического компонентов при формировании адаптивных реакций, поиски путей повышения адаптивных возможностей больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости требуют дальнейшего изучения.

В результате применения системного подхода в работе изучены механизмы взаимодействия систем адаптации, представлены пути повышения устойчивости больных при психоэмоциональном стрессе. Разработаны способы оптимизации результатов лечения больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Предложены методы диагностики нарушений адаптации и схемы реабилитации больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Автор выражает глубокую благодарность за помощь и поддержку при написании данной работы член корр. Бел. АМН, заслуженному деятелю науки Республики Беларусь, д.м.н., профессору А.Н.Косинцу, заслуженному деятелю науки Республики Беларусь, д.м.н., профессору М.Г.Сачеку, д.м.н., профессору Э.С.Питкевичу, сотрудникам кафедры госпитальной хирургии и кафедры неврологии ВГМУ, всем сотрудникам Витебской областной клинической больницы.

ГЛАВА 1

СТРЕСС, БОЛЕЗНИ И СИСТЕМА АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА.

Под адаптацией понимают системный ответ организма на длительное или многократное воздействие факторов окружающей среды [13]. Адаптация может рассматриваться как устойчивое состояние, характерной особенностью которого является возможность длительной и полноценной жизнедеятельности в конкретных неблагоприятных условиях; как процесс перехода из одного стационарного состояния в другое, более адекватное изменившимся условиям существования. Основным условием завершения приспособительного процесса в организме к воздействию внешних факторов является возвращение параметров гомеостатических систем к исходному уровню, либо стабилизация их на новом уровне [54].

Начальный этап адаптационной реакции, согласно современным представлениям, может быть реализован на основании готовых, ранее сформированных физиологических механизмов [87]. При этом направленность сдвигов физиологических реакций имеет выраженные индивидуальные различия [54]. Патологический процесс, наркоз, оперативное вмешательство являются мощными стрессорными факторами. Они вызывают значительные изменения гомеостаза, которые определяются как хирургический стресс [6]. Стресс-синдром и сопутствующие ему явления гипоксии при оперативных вмешательствах и наркозе активируют катаболические процессы, неблагоприятно сказываются на функции нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма, ведут к иммуносупрессии. В конечном итоге это приводит к значительному нарушению гомеостаза, способствует нарушению гормонального баланса и тканевого метаболизма, нарушениям функции органов и систем, развитию инфекции, ухудшает результаты лечения [72, 136, 187].

Природа реакций, приводимых в действие хирургическим вмешательством, сложна [178]. Адаптивные процессы в функциональных системах проявляются на молекулярном, клеточном, гомеостатическом, поведенческом и психическом уровнях [125]. Постагрессивную реакцию следует рассматривать, как совокупность защитных компенсаторных механизмов, мобилизованных для устранения эффекта агрессии и восстановления равновесия между организмом и средой [108]. При хирургической травме тканей важную

роль в патофизиологических процессах играют вещества простогландинового и кининового ряда, являющиеся прямыми нейрехимическими медиаторами боли, возбуждающими периферические болевые рецепторы [95]. При стрессе отмечается снижение уровня мозгового норадреналина, уменьшение в мозге уровня серотонина и допамина. Отмечается повышение уровня ацетилхолина, нарастает анальгезия, вызванная эндогенными опиоидными пептидами и другими медиаторами антиноцептивных систем [72]. Повреждение тканей приводит к высвобождению медиаторов воспаления, в том числе субстанции Р., цитокинов, эйкосаноидов и брадикинина, которые вызывают и поддерживают стрессовые реакции. Фактор некроза опухоли (ФНО) также является важным медиатором повреждающих реакций. ФНО - (альфа) в настоящее время рассматривают как ключевой и пусковой фактор при многих проявлениях сепсиса, воспаления и множественной органной недостаточности. Во время операции и после нее значительно повышается содержание в крови продуктов распада тромбоцитов, увеличение уровня тромбосана В(2) и 5-гидрокситриптамина (серотонина) [90,127,128].

Для изучения изменений нейроэндокринной системы в ответ на хирургическую травму обычно анализируют изменения ряда так называемых стрессовых гормонов. К ним относят гормоны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, а также трийодтиронин, тироксин, инсулин и другие. Действие этих гормонов направлено на поддержание гомеостаза и обеспечение адаптации организма к хирургическому стрессу [133].

После операции уровень кatabолических гормонов в крови нарастает, выявлена активация симпатико-адреналовой, гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензиновой систем [77,133]. Секретия других гормонов, например, гонадотропина и тиреоидстимулирующего гормона при стрессе подавляется, содержание анаболических гормонов, в частности инсулина, снижается [90]. Прогностическое значение имеет выраженность активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и степень угнетения метаболизма тиреоидных гормонов [21].

В реакции эндокринной системы выделяют две главные системы гормональной секреции (оси), участвующие в нейроэндокринных реакциях на хирургический стресс. Это ось гипоталамус-гипофиз-надпочечники (ГГН) и симпатическая

адреномедуллярная система. Адренокортикотропный гормон (АКТГ), циркулирующий в крови, стимулирует надпочечники, которые в свою очередь усиливают секрецию кортизола и альдостерона. Важную роль в модулировании многих регуляторных влияний играют глюкокортикоиды [72]. При операции уровень кортизола повышается. В послеоперационном периоде, к 7-11 дню происходит торможение его выделения с последующим снижением до нормальных или несколько более низких значений. Глюкокортикоиды типа кортизола непосредственно тормозят синтез и выделение АКТГ, одновременно они усиливают синтез катехоламинов в мозговом слое надпочечников [77]. В результате длительного и интенсивного действия высоких концентраций катехоламинов и других стрессорных гормональных изменений могут возникать самые различные повреждения, составляющие область так называемых стрессорных заболеваний, занимающих одно из основных мест в современной медицине [74].

Ограниченные и порой противоречивые сведения опубликованы по поводу нарушения функции тиреоидных гормонов и их динамики во время стресса. Общеизвестна прямая зависимость основного обмена и функционального состояния щитовидной железы. Секреция тиреоидстимулирующего гормона гипофиза при операционном стрессе снижается, содержание в плазме активных форм тиреоидных гормонов (трийодтиронин, тироксин) также уменьшается. Одновременно нарастает содержание неактивных форм, например реверсированного T_{3R} [90]. Установлено, что через сутки после операции у 74% оперированных больных основной обмен снижается на 7-36%. Тяжелые оперативные вмешательства вызвали более выраженные снижения обмена - 21,5%, чем легкие - 11,2% [77]. Нормализация уровня тиреоидных гормонов и показателей основного обмена наступала спустя неделю после травмы или операции [90].

Установлено взаимодействие центральной нервной системы и эндокринной системы организма. Психосоциальные конфликты, как вариант хронического психозмоционального стресса, ведут к перевозбуждению гипоталамуса и лимбической системы. Это, в свою очередь, вызывает повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, способствует массивному выбросу в кровь катехоламинов и гормонов коры надпочечников [3]. Характер зависимости между уровнем кортизола плазмы крови и степенью психологической адаптации имеет противоречивый характер. Ряд исследователей отмечает, что для больных с повышенным уровнем

тревожности и депрессии характерно увеличение содержания кортизола, уменьшение концентрации трийодтиронина в сыворотке крови, по сравнению с контрольными показателями [149,200]. Вместе с тем, другие исследователи связи между уровнем тревожности и содержанием кортизола в плазме крови не обнаружили [146]. Также не все авторы указывают на зависимость между уровнем тиреоидных гормонов, выраженностью тревоги и депрессивным синдромом [158].

У пациентов абдоминального хирургического отделения выявлена положительная корреляционная зависимость между уровнем тревожности и содержанием норадреналина в плазме крови. Вместе с тем, у этих больных выявлена отрицательная корреляционная зависимость уровня тревожности с содержанием кортизола и адреналина [147]. В процессе комплексного лечения гормональные отклонения не только не исчезают, но даже усиливаются [100]. Указанные изменения указывают о напряжении процессов адаптации. Отсутствие своевременной квалифицированной помощи пациентам с тревожными и депрессивными расстройствами приводит к хронизации данных расстройств и повышению тяжести состояния больных [100,149].

Важная роль в обеспечении адаптации принадлежит иммунной системе [74,80,126]. Клинические и экспериментальные исследования указывают на общее нарушение гуморального и клеточного иммунитета под влиянием травмы или операции. После стресса снижается реакция на митогены и антигены, ослабевают опосредованная лимфоцитами цитотоксичность и гиперчувствительность замедленного типа, задерживается отторжение кожных лоскутов, уменьшаются сила реакции антител и активность естественных киллерных клеток. Как следствие этого, в условиях эксперимента продемонстрировано, что стресс ускоряет рост опухолей [24].

Чувствительность иммунной системы к стрессу в определённой степени обусловлена её взаимодействием с центральной нервной системой и регуляторными влияниями последней. Связи поддерживаются и распределяются между нейроэндокринными гормонами, цитокинами, гормональными рецепторами, а также автономной нервной системой.

Иммунная система получает и передает сигналы от мозга, являясь интегрированной частью организма и его физиологических реакций на стресс. Связь между нервной и иммунной системами

двусторонняя [103,181]. Ответная реакция вследствие воздействия повреждающего фактора на весь организм в целом и на иммунную систему в частности будет зависеть не только от силы и продолжительности этого воздействия, но и от общего состояния больного, уровня его метаболизма и исходной иммунореактивности. Способствуют иммуносупрессии гипоксическое состояние, вызванное кровопотерей и токсемия. Иммунодефицитом сопровождаются разнообразные нарушения психосоматического статуса, состояния, опосредованные возрастом, неблагоприятными факторами внешней среды [72]. В настоящее время общепризнано, что любая хирургическая операция вызывает выраженное в той или иной степени иммунодефицитное состояние, которое можно отнести к разряду вторичных или приобретенных. На фоне этих изменений могут развиваться инфекционные осложнения, диапазон которых необычайно широк [167].

Хирургическая операция вызывает понижение активности всех основных компонентов иммунной системы: фагоцитоза, гуморального иммунитета, клеточного иммунитета. Со стороны неспецифической резистентности организма под влиянием оперативного вмешательства происходят как количественные, так и качественные изменения [18]. Количественные изменения заключаются в снижении числа основных фагоцитирующих клеток: нейтрофилов и моноцитов. Качественные изменения заключаются в понижении способности фагоцитов захватывать, убивать и переваривать микроорганизмы. В клеточном иммунитете под влиянием оперативного вмешательства также наблюдаются количественные и качественные изменения. Уменьшается общее количество лимфоцитов и уровень Т-лимфоцитов с сохранением соотношения между двумя основными субпопуляциями: Т-хелперами и Т-супрессорами. Как правило, максимум иммунодепрессии практически по всем параметрам иммунной системы наблюдается на 2-й день после проведенной операции. Длительность иммунодепрессии в зависимости от характера операции и исходного состояния больного колеблется от 7 до 28 дней [196].

Можно утверждать, что операция - это управляемый стресс [114]. При стрессе происходит повышенный выброс в кровяное русло кортикостероидов, катехоламинов, эндорфинов. Все они далеко не безразличны для иммунной системы организма, и каждый вносит свой вклад в функционирование этой системы после хирургической

операции. Общие анестетики также индуцируют угнетение иммунитета. В целом, хирургическое вмешательство оказывает сложное и многогранное воздействие на иммунную систему. Это воздействие можно охарактеризовать и как активационное, и как супрессорное [114]. Прогнозирование послеоперационных инфекционных осложнений на основе изучения иммунитета осуществляется путем анализа основных его параметров, определенных за несколько дней до начала операции. Информативными в этом плане оказались показатели фагоцитоза, клеточного и гуморального иммунитета [52].

При гнойно-воспалительных осложнениях отмечается дезинтеграция всех звеньев иммунной системы: подавление клеточного иммунитета (снижение всех популяций Т-лимфоцитов и их функциональной активности) и активация гуморального иммунитета (увеличение уровня IgG, IgM и циркулирующих иммунных комплексов) [79,80]. Решающую роль в элиминации условно-патогенных внеклеточных бактерий, которым принадлежит главная роль в развитии инфекционных осложнений у хирургических больных, играет фагоцитоз [120]. На течение иммунологических реакций оказывают влияние кора головного мозга и подкорковые структуры. Поражение коры головного мозга у детей сопровождается усилением спонтанной продукции цитокина – фактора некроза опухоли [121].

Установлено, что реакция иммунной системы человека определенным образом связана с его психологическими особенностями [114]. Дзюба К.В., Миронычев Г.Н. (1998г.) показали, что у лиц молодого возраста на фоне длительно существующей неразрешимой психогении возникают нарушения вегетативного гомеостаза, характерные для хронического психоэмоционального стресса и истощения адаптационных возможностей организма с последующим снижением иммунной защиты и развитием опухоли. Вместе с тем, требуется дополнительное изучение роли психологических особенностей больных в развитии заболевания и течении восстановительных процессов [34].

Стрессовые воздействия вызывают множественные изменения в виде повреждений клеток головного мозга, особенно нейронов лимбической системы. При длительной и выраженной стресс-реакции происходит устойчивая и значительная деполяризация нейронов лимбико-ретикулярного комплекса с образованием генератора патологически усиленного возбуждения. Формирование этого

генератора имеет значение в реализации универсального механизма развития патологического процесса и проявляется разнообразными психовегетативными симптомами [72]. Исследование биоэлектрической активности головного мозга продолжается уже несколько десятилетий. Однако только широкое внедрение современных компьютерных технологий позволило реализовать возможности математического анализа биоэлектрической активности головного мозга [5]. Изучение биоэлектрической активности головного мозга у лиц с посттравматическими расстройствами позволило выявить у них признаки дезинтеграции деятельности неспецифических систем мозга. Это является одной из причин дезорганизации функционирования ряда висцеральных систем [72].

Таким образом, при изучении адаптационных процессов в условиях различных патологических состояний отмечено регуляторное значение центральной нервной системы, роль нейрогуморальной регуляции и иммунной активности [3,67, 72,114,122].

Общебиологические концепции [П.К. Анохин 1975, К.В.Судаков 1996] дают важные представления о функциональных системах организма. Реакция организма на различные, в том числе повреждающие воздействия, обеспечивается не отдельными органами, а определенным образом организованными и соподчиненными между собой функциональными системами органов, обладающими различной, эволюционно детерминированной реактивностью[8].

Установлено существование индивидуальной (фенотипической) адаптации организма к среде. В ответ на предъявляемое воздействие достаточно быстро формируются функциональные системы, которые могут обеспечить лишь первоначальную, во многом несовершенную ответную адаптационную реакцию организма. При высоких адаптационных способностях организма, в случае многократного повторения стресс-реакции, включаются механизмы долговременной адаптации. Повторные воздействия приводят к увеличению синтеза нуклеиновых кислот и белков. Происходит формирование так называемого структурного следа адаптации. Повторная адаптация к умеренным стрессам повышает резистентность организма не только к самому стрессу, но и к субтотальной гипоксии, химическим ожогам, к радиации. Вместе с тем, все приспособительные реакции организма обладают лишь относительной целесообразностью. Чрезмерно интенсивная стресс-реакция является причиной возникновения

повреждений. При этом основное повреждающее воздействие приходится на системы, доминировавшие в адаптации [73, 74].

Формирование устойчивой адаптации происходит с возникновения структурного системного следа, представляющего собой комплекс морфофункциональных изменений. Величина первичного ответа зависит как от характеристики раздражителя, так и от состояния организма [71]. В первую очередь, ответ зависит от регулирующих структур центральной нервной системы [Медведев В.И. 1998 г.].

Обязательной составляющей гомеостатической регуляции является психологическая адаптация [13]. Она может быть реализована на двух уровнях – бессознательном и осознанном. Психологические механизмы обеспечивают необходимый уровень регулирования, осуществляемого физиологическими реакциями, и поддерживают или изменяют структуру гомеостаза. Убедительно доказана связь физиологических и психологических изменений с уровнем пластичности нервной системы при гипоксии. Выраженность, форма реакции, набор вовлеченных в неё механизмов и динамика оценки целей адаптационного процесса отражают взаимодействие двух глобальных механизмов – физиологических, обеспечивающих постоянство внутренней среды, и психологических, направленных на минимизацию физиологических реакций при действии неблагоприятного фактора [71].

Срочный, несовершенный набор защитно-компенсаторных реакций к внешним экстремальным воздействиям на начальном этапе адаптации реализуется за счет усиленного использования функциональных резервов. Это состояние условно было названо «незавершенная адаптация». Наиболее ярко черты «незавершенной адаптации» проявляются на системном уровне. У человека они характеризуются повышенной тревожностью, пограничными сдвигами гормонального статуса, снижением работоспособности, инверсией полушарного доминирования. Было установлено, что в развитии данного состояния важную роль играют соотношение мощности (силы и продолжительности) воздействующего фактора и запаса функциональных резервов организма. В случае, когда «незавершенная адаптация» сохраняется длительное время, риск заболевания увеличивается [54]. Завершенная адаптация сопровождается переходом адаптационных механизмов на клеточный и субклеточный уровень [71].

При функционировании человека в экстремальных условиях установлен феномен гипермобилизации. Это состояние предполагает переход на новый уровень гомеостатического реагирования [87]. Вместе с тем известно, что избыточные адаптационные реакции вызывают полисистемные повреждения на уровне организма [72].

Наше видение природы и человека в настоящее время претерпевает радикальные изменения от классических представлений с анализом отдельных систем в сторону множественности и сложности системного подхода. Выводы, сделанные при изучении отдельных систем, безусловно, интересны, однако более важным является системный уровень, так как именно он позволяет оценить интегральный ответ биологической системы [8,92].

Исследования показали, что в природе, в периоды выраженного напряжения линейное движение приобретает неустойчивость, нелинейность, флуктуирует. В этих условиях возможен переход из существующего в результате напряжения беспорядка к новому динамическому состоянию материи, отражающему взаимодействие данной системы с окружающей средой. При достижении критического значения порога взаимодействия поведение системы становится неустойчивым. Зависит оно от предшествующего состояния системы. [79]. Чувствительность неравновесных состояний не только к колебаниям (флуктуациям), обусловленных их внутренней активностью, но и к воздействию факторов из окружающей среды, открывает перед биологическими исследованиями новые перспективы [92].

Нет ещё ясности, в какой степени снижение показателей послеоперационных осложнений и смертности связано с подавлением реакции организма на стрессовое воздействие. Однако известно, что, у ряда больных тяжёлые осложнения развиваются неожиданно на фоне клинического благополучия. В отдельных случаях даже небольшое внешнее воздействие может привести к непредсказуемым результатам. Для определения первопричины осложнений у этих больных необходим иной, обобщающий подход. Наиболее перспективным можно считать биоэнергетический подход, рассматривающий организм человека как сложную открытую неравновесную систему с высокой упорядоченностью структуры и функции в пространстве и времени, постоянно обменивающуюся с окружающей средой веществом, энергией и информацией. Главным свойством и условием существования такой системы является

стремление к стационарному состоянию. В силу этого, первопричину внезапных осложнений следует искать среди факторов, которые приводят организм в выраженное неравновесное состояние [83].

Одним из факторов неустойчивости является высокая степень выраженности психологических нарушений. Тревожные расстройства выявлены у 6,8% населения Земного шара[69]. За последние годы увеличилось распространение депрессий. В США затраты на лечение депрессий равны затратам на лечение больных, страдающих всеми сердечно-сосудистыми заболеваниями и оцениваются на уровне 44 млрд. долларов в год [69]. Около 70% больных патологией желудочно-кишечного тракта имеют различные варианты тревожных состояний, высокий уровень невротизации и депрессии и нуждаются в их коррекции [102,156,193].

В процессе диспансеризации сотрудников крупного предприятия нефтехимической промышленности (В.Я.Гиндикин и соавт., 1996) у 366 человек из 675 обследованных выявлены психические отклонения пограничного уровня. Повышение числа больных с пограничными нервно-психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями связывают с хронической психической травматизацией населения [2,5]. Доля больных с психогенно обусловленными невротическими расстройствами в общей медицинской практике составляет от 10% до 50% [129]. По данным Ruiz A., Silva H. (1990 г.) 55% больных, обратившихся к врачам общей практики, имели психические расстройства. В структуре этих расстройств преобладали депрессивные нарушения и адаптационные реакции с тревожным синдромом [197]. Во всех случаях депрессивных расстройств были выявлены астения и тревога различной степени выраженности[10].

Одной из частых причин депрессии является хронический стресс [4,82]. По окончании воздействия факторов, вызвавших стресс, депрессия не только сохраняется, но и дополняется повышенной тревожностью и психомоторной заторможенностью [72]. При постоянно действующих стрессогенных факторах психологические нарушения могут продолжаться всю жизнь. Проявления этих нарушений очень многообразны, причём наиболее частыми у взрослых являются депрессивные, тревожные и смешанные симптомы. Конфликт, превысивший порог дезадаптации, называют кризисом. [2]. Описано новое состояние - синдром хронической усталости, который характеризуется возникновением сильного

утомления в течение 6 месяцев и более, обычно следующего после инфекции, травмы или сильного стресса. В основе данных нарушений у большинства больных лежит иммунная дисрегуляция и нейробиологические отклонения [176]. Наиболее реактивным элементом системы регуляции является нервная система. Механизм угнетения иммунной системы запускается вследствие патологической перестройки нервной системы и последующими за этим изменениями [72].

Психологическое значение стимула часто более важно для реакции, чем его качество и интенсивность [143]. На этапах субневротического состояния биологические и социально-психологические компоненты психической адаптации взаимодействуют. При истощении резервных возможностей система психической адаптации начинает функционировать ослаблено и асинхронно. Происходит дезинтеграция психологических взаимоотношений [4]. Так, развитие опухолей сопровождается десинхронизацией работы различных подсистем организма. Установлено, что уровень неспецифической противоопухолевой резистентности четко коррелирует с типом адаптационной реакции [24]. Эмоциональное напряжение возникает не в силу жесткости условий, а в результате несоответствия этим условиям адаптационных механизмов, сформировавшихся в процессе индивидуального развития на базе определенных генетических предпосылок. Это несоответствие может вызвать психоэмоциональный стресс в силу неспособности индивидуума в должной мере структурировать ситуацию в соответствии со сложившимися представлениями о самом себе и окружении [13].

В самом обобщенном виде адаптация рассматривается как приспособление, необходимое для адекватного существования в изменяющихся условиях [89]. Существует взаимосвязь успешности адаптации индивида с его индивидуально-личностными характеристиками. Критерием оценки эффективной или успешной адаптации надо считать наличие глубоких личностных контактов, широкий круг общения, соматическое благополучие, самостоятельность, социальную активность, относительную активность эмоциональной сферы. Критерием дезадаптации является эмоциональный дискомфорт, высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, выраженная невротизация и депрессия. При отсутствии адаптации у личности отмечаются реакции с акцентом на

самозащиту, внешнеобвиняющие и самообвиняющие реакции. Адаптационные возможности индивида обусловлены состоянием всей структуры его личности. Отсутствие приспособления хотя бы одной из сфер позволяет говорить о дезадаптации. Клиническая картина психической дезадаптации представлена в основном астенической симптоматикой различной степени выраженности [85].

Астенические нарушения сопровождаются физическими симптомами (головная боль, бессонница, усталость). Происходит утрата социального контроля, одиночество, злоупотребления. Проявляются депрессивные настроения, аффективная подавленность, безысходность, разочарование, страх и безнадёжность. Оптимальность процесса психической адаптации обусловлена состоянием всех без исключения систем организма, включая и биологический и социально-психологический уровни его функционирования [4]. Нарушения психологического функционирования максимальны в возрасте 41-50 лет. Фобические расстройства характерны для больных всех возрастных групп [143].

Психозомоциональные нарушения существенно влияют и на эффективность лечения любых соматических заболеваний и восстановление трудоспособности пациентов [182]. Вместе с тем, для больных с тревожным и депрессивным синдромом характерна более высокая резистентность к лечебным воздействиям, чем у больных с нормальной личностной структурой [2,132,160].

Выявлена зависимость между индивидуальными физиологическими характеристиками и комплексом специфических личностных свойств [27]. При эффективной психической адаптации наблюдается согласованность связей порога фрустрации с вегетативными и гуморальными коррелятами эмоционального напряжения. При нарушении психической адаптации эта согласованность исчезает, что указывает на большую напряженность процессов, обеспечивающих адаптацию организма [13]. Пограничные нервно-психические расстройства выявлены в абсолютном большинстве наблюдений у лиц с длительно протекавшими болезнями, такими, как хронические рецидивирующие абсцессы, незаживающие раны и лихорадки неясного генеза [43]. По мере развития болезней сердца наблюдается «распад» взаимосвязей психических параметров между собой и усиление психосоматической зависимости. Это указывает на то, что у здоровых людей психический

и вегетативный уровни регуляции являются относительно автономными [2].

Эмоциональному фактору и психологическим нарушениям принадлежит важная роль в симптомокомплексе боли [10]. В детском и подростковом возрасте алгические нарушения в подавляющем большинстве случаев обусловлены депрессией [10]. Успех лечения зависит не только от степени сложности манипуляций и квалификации врача, но и от психоэмоционального состояния пациента и от умения врача индивидуально подойти к больному, к положительному воздействию на его психоэмоциональную сферу в процессе лечения [142,157].

Оперативное вмешательство является мощным психоэмоциональным фактором [67]. Личность испытывает психическую нагрузку до тех пор, пока травма не будет успешно интегрирована. Причина в недостаточности ЭГО - защитных, адаптационных механизмов перед лицом стрессора. Это ведет к неспособности обработать, пережить появившийся опыт. В случае пребывания в благоприятных условиях, вероятность справиться с травмой возрастает, и наоборот [72,214].

Высокий уровень беспокойства и фрустрации до операции ухудшает процессы послеоперационного восстановления [67,198]. Поведенческие реакции до операции отличаются выраженной тревогой. Наиболее частыми причинами предоперационных психоэмоциональных нарушений являются страх за своё здоровье, страх за исход операции, разлука с семьёй, неясное будущее, боязнь анестезии и дискомфорта в послеоперационном периоде [68,180]. У хирургических больных психотравмирующими факторами считают сам патологический процесс, болевой синдром, длительность заболевания, дефицит информации о своём состоянии, недостаточно индивидуализированный подход к пациенту, отсутствие адаптивной эмоциональной поддержки [59]. Показано, что отрицательные эмоции и индуцируемые ими стресс-реакции при прочих равных условиях могут привести к фибрилляции сердца и внезапной смерти [74]. Выраженные психологические нарушения, сохраняющиеся в течение длительного времени, являются одной из причин более высокой смертности [188,204].

Нарушения психических функций в раннем послеоперационном периоде встречаются у 13-79% больных и сохраняются спустя 6-12 месяцев после операции у 5-35% больных [177]. Вместе с тем,

изучение эмоциональной сферы у оперированных больных в большинстве наблюдений имеет узко направленный характер, рассматривая тревогу, как основную причину указанных нарушений. Установлено, что выраженность тревоги играет важную роль в механизмах эмоциональной напряженности и предопределяет индивидуальный уровень мобилизации психофизиологических резервов адаптации [67]. Вместе с тем, для реализации системного подхода, требуется изучение общих закономерностей психологической реакции.

Таким образом, между особенностями психологического состояния и функциональной активностью нейроэндокринной и иммунной систем организма имеется сложная зависимость. Учитывая большую частоту психологических нарушений, можно предположить, что состояние психологической адаптации может также оказаться «слабым звеном» в цепи общей адаптивной реакции организма. Вместе с тем, как видно из опубликованных данных, изучение психологических особенностей больных, оперированных на органах брюшной полости, в основном ограничены анализом степени тревоги. Изучение индивидуальных клинико-психологических особенностей больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости степени их психологической адаптации и механизмов системной адаптации требуют подробного анализа.

ГЛАВА 2

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Анализ деятельности хирургического отделения стационара, оставаясь достаточно стабильным на протяжении 10 лет, показал, что наиболее частыми причинами госпитализации являются такие заболевания органов брюшной полости как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь и острый аппендицит. Так за 2000 год лица, страдающие желчнокаменной

болезнью, составляли 13,4% от общего количества госпитализированных больных. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки была у 13,5% больных. Больные острым аппендицитом составляли 10,1%.

Полученные данные подтверждены мировой статистикой. Среди всех болезней число случаев желчнокаменной болезни в настоящее время уступает только числу лиц, страдающих атеросклерозом. По данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов данной патологией страдают 10% мирового населения [133]. В настоящее время считается, что желчнокаменная болезнь – это болезнь гепатоцита. Нарушения морфофункционального состояния органов билиодуоденальной системы и состава желчи у больных желчнокаменной болезнью требует специальной коррекции [84]. Широкое применение малоинвазивных технологий при хирургическом лечении калькулёзного холецистита позволило сократить число больных с осложнёнными формами заболевания, снизить уровень послеоперационных осложнений, но не позволило в полной мере решить проблему желчнокаменной болезни. Вопросы реабилитации больных как после лапароскопической холецистэктомии, так и после традиционной холецистэктомии и пути повышения качества жизни оперированных больных требуют дальнейшего разрешения. Вместе с тем, и отдалённые результаты лечения свидетельствуют, что качество жизни после операций по поводу желчнокаменной болезни требует оптимизации [39,84,133]. Таким образом, проблема желчнокаменной болезни по-прежнему остаётся актуальной.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки считается одним из самых распространённых заболеваний среди населения России. На учёте находится около трёх миллионов больных. Из них каждый десятый был оперирован [56]. В Республике Беларусь заболеваемость язвенной болезнью стабильна и составляет 160-200 случаев на 100 тысяч населения. Ежегодно по поводу осложнений язвенной болезни выполняется около 40 неотложных операций на 100 тысяч населения [61, 137]. Применение новых подходов в лечении язвенной болезни в начале 90-х годов прошлого века существенным образом изменили подходы к лечению больных язвенной болезнью. Применение современных антисекреторных препаратов (блокаторов Н - рецепторов гистамина, ингибиторов протонной помпы) в комплексе с антихеликобактерной терапией

позволяет, по мнению большинства авторов, добиться стойкой ремиссии заболевания у 90-95% больных с язвенной болезнью. Однако проблема язвенной болезни не решена, поскольку растёт число резистентных форм. Длительное существование язвенной болезни ведёт к росту осложнённых форм заболевания. Кроме того, уровень качества жизни больных с длительно нерубцующимися язвами значительно ниже, по отношению к больным с обычными сроками рубцевания [137,144].

Число больных, требующих хирургической коррекции патологического процесса, не имеет тенденции к снижению [56,133]. Улучшение результатов лечения больных гастроэнтерологического профиля зависит от решения двух основных задач. Первая из них – индивидуальный выбор адекватного и в то же время наиболее функционально обоснованного оперативного вмешательства; вторая – восстановление нарушенных функций органов и систем [39]. Решение первой задачи зависит от совершенствования хирургических вмешательств и внедрения новых технологий. Успех решения второй задачи связан с успехами реабилитационных мероприятий.

Нами представлен обобщённый опыт обследования и лечения 549 больных, поступивших по экстренным показаниям, и для плановых оперативных вмешательств. Оперировано 444 больных. Из обследованных пациентов 274 страдали желчнокаменной болезнью, 166 страдали язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 109 больных были оперированы по поводу острого аппендицита.

Контрольную группу сравнения составили соматически и психически здоровые мужчины и женщины в возрасте 24-35 лет. Это были студенты, доноры и сотрудники областной клинической больницы.

По экстренным показаниям госпитализированы 40,6% больных, страдавших желчнокаменной болезнью и 55,2% больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, лица, поступившие по экстренным показаниям, составляли 54,3%

В группе лиц, страдавших желчнокаменной болезнью, осложнения основного заболевания отмечены в 127 случаях (46,4%). Механическая желтуха была у 21 больного, холедохолитиаз у 6 больных, стриктура холедоха у 5, холангит у 5, полипы желчного пузыря у 2, желчный свищ у 3, панкреатит у 41, дуоденит у 26,

нарушение дуоденальной проходимости отмечены у 8 больных. Оперативная активность составляла 79,9%.

Обследовано 166 больных язвенной болезнью. Среди обследованных, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была у 116 пациентов (69,9%), язвенная болезнь желудка - у 44 (26,5%), язва гастроэнтероанастомоза - у 6 (3,6 %) больных. Кровотечение было у 24 больных (14,5%), стеноз привратника - у 28 (16,9%), Прободная язва была у 28 (16,9%), пенетрация язвы - у 20 (12%), обострение язвенной болезни с болевым синдромом было у 66 (39,7%). У 50 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (30,1%) лечебный эффект достигнут консервативными мероприятиями.

Сопутствующие заболевания выявлены у 161 больных, страдавших желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью (таблица 1). Это составляло 35,6% от их общего количества обследованных больных.

Все оперативные вмешательства на желудке, двенадцатиперстной кишке, желчном пузыре и внепечёночных желчных путях выполнены под эндотрахеальным закислородным наркозом с миорелаксантами.

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у больных желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Сопутствующие заболевания	Нозологические формы		
	ЖКБ	Язвенная болезнь	Всего
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	8	4	12
Гипертоническая болезнь	20	4	24
Заболевания органов системы дыхания	4	3	7
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).	38	17	55
Два и более заболеваний	25	5	30
Прочие	28	5	33

Статистический анализ полученных данных проводили на ЭВМ при использовании пакета программ STATISTICA 5.0. Рассчитывали средние значения полученных результатов. Зависимость между признаками изучали методом корреляции (коэффициент корреляции

г). Достоверность различий между выборками оценивали параметрическими и непараметрическими методами. Использовали t-критерий Стьюдента. Результаты считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Достоверность показателей с неправильным распределением оценивали по критериям Манна-Уитни и по Вилкоксону. Результаты считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Полученные показатели представлены значениями среднего арифметического M и среднего квадратичного отклонения σ .

ГЛАВА 3

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

При всем многообразии осложнений одной из причин их развития являются нарушение резистентности организма [24,90]. Несмотря на длительное изучение этого вопроса, механизмы развития осложнений при нарушении адаптационных процессов остаются малоизученными. Ряд осложнений возникает на фоне внешне видимого благополучия. Лечение осложнений при этом чаще носит симптоматический характер. Вместе с тем, успешная профилактика осложнений может быть достигнута воздействием на организм в целом с учётом общих закономерностей их формирования.

Нарушение психологической адаптации, психоэмоциональное напряжение может послужить причиной различных изменений состояния человека и является одним из звеньев в патогенезе ряда заболеваний [3,99,122,143]. Накладываясь на конституционально-соматическую основу, эмоции способствуют напряжению регуляторных процессов ЦНС, вегетативной и гуморальной систем [139]. Физиологические аспекты восприятия не могут быть отделены от психологических аспектов интерпретации. Депрессия, астения и тревога присутствуют у больных при многих хронических заболеваниях, напряжение процессов психологической регуляции является причиной сердечно-сосудистых нарушений. При психоэмоциональном стрессе определяется целый комплекс соматовегетативных нарушений (П.К. Анохин 1975, К.В.Судаков

1996г) [8,125]. Традиционно до операции и в послеоперационном периоде усилия хирургов направлены на устранение возникшего физического дефекта, профилактику или лечение осложнений - нагноения раны, кровотечения и др. Вместе с тем, нередко упускается из виду тот факт, что оперативное вмешательство, тем более выполненное по экстренным показаниям, является мощным психотравмирующим фактором. Оно способно вызвать у больного либо усугубить различные по направленности и степени выраженности нарушения психологической адаптации. Изучение психологических особенностей больных и факторов, оказывающих на них влияние, может помочь в определении связи между особенностями личности пациента, механизмами психологической защиты и течением болезни. Полученные данные необходимы для совершенствования дифференцированной терапии, снижения числа осложнений, сокращения продолжительности лечения, повышения качества жизни оперированных больных.

3.1 ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ЕЁ ОСОБЕННОСТИ

Болезнь, как процесс, зависит не только от внешних, но и от внутренних, субъективных моментов, от личности больного, от его эмоциональных переживаний. При патологическом процессе возникает новое функциональное состояние, которое определяется как внутренняя картина болезни (ВКБ) [45,50]. В определенной степени ВКБ отражает состояние адаптационных процессов и динамику течения заболевания. В понятии внутренняя картина болезни ключевым фактором является психология личности больного человека [45]. Характер внутренней картины болезни зависит от того, на что направлены личностные тенденции – на преодоление проявлений болезни, на мобилизацию компенсаторных возможностей, либо, напротив, на использование стереотипов болезненного реагирования в качестве способов психологической защиты и выработку патологических форм адаптации [45,64]. Психологические особенности играют важную роль в генезе осложнений и влияют на исход заболевания, в результате можно выделить различные варианты отношения к болезни: депрессивно-астенический, психастенический, ипохондрический, истерический, эйфорически-анозогнозический [78].

Психодиагностические методики, не претендуя на роль единственного способа оценки психического состояния, имеют существенное значение для получения полных и объективных данных,

необходимых для решения вопросов, связанных с диагностикой, прогнозом и разработкой системы реабилитации [14]. Применение теста MMPI позволяет определить различные аспекты личности и психологическое состояние больного. Кроме того, результаты анализа многостороннего исследования личности позволяют оценить изменения актуального психического состояния, связанные с интенсификацией механизмов интрапсихической адаптации [13,109].

Для оценки внутренней картины болезни обследовано 240 больных, страдавших желчнокаменной болезнью. Средний возраст больных $38,97 \pm 9,5$ лет. Женщин было 94 (97,9%).

Для исследования применяли адаптированный вариант Миннесотского многопрофильного личностного теста MMPI. Тест MMPI был создан в 1941-1947 годах американскими психологами J.Mackinley и S.Hathaway [117]. В конце 60-х годов тест стандартизирован и валидизирован на территории Советского Союза [14,117,118]. В тесте MMPI представлены 566 утверждений. Фактически моделируется 566 ситуаций и испытуемым предлагается выбрать тот или иной вариант реагирования на них. Результаты ответов оцениваются по 10 основным шкалам, трём оценочным и отдельным дополнительным шкалам. Проверочные шкалы - L(лжи), F(достоверности) и K(коррекции) позволяют оценить надёжность полученных результатов. 10 основных шкал содержат информацию, отражённую названием шкал. Клинические названия базовых шкал следующие: 1(Hs)- шкала ипохондрии, 2(D)-депрессии, 3(Hy)-истерии, 4(Pd)-психопатии, 5(Mf)-мужественности-женственности, 6(Pa)-паранойи, 7(Pt)-психастении, 8(Sc)-шизофрении, 9(Ma)- гипомании, 0(Si)-социальной интроверсии.

Сокращенным вариантом теста MMPI является тест СМОЛ [49]. Он содержит 71 утверждение. Тест также имеет проверочные шкалы L(лжи), F(достоверности) и K(коррекции) и 8 базисных шкал. Психологическая интерпретация шкал была следующей: шкала 1(Hs) - невротического сверхконтроля, 2(D) - пессимистичности, 3(Hy) - эмоциональной лабильности, 4(Pd) - импульсивности, 6(Pa) - ригидности, 7(Pt) - тревожности, 8(Sc) - индивидуалистичности, 9(Ma) - оптимистичности.

У больных желчнокаменной болезнью психологическое состояние по данным профиля MMPI характеризовалось повышением показателей по шкалам 1(Hs)- ипохондрии, 2(D)-депрессии, 4(Pd)-психопатии, 6(Pa)-паранойи, 7(Pt)-психастении, 8(Sc)-шизофрении, 0(Si)-социальной интроверсии (таблица 2 приложение). Полученные данные указывали на напряженность, настороженность, недовверчивость, иррационализм, депрессию, высокую тревогу,

фиксацию на внутренних переживаниях. В качестве компенсации отмечена дезорганизация поведения. Указанный сложный профиль может быть объяснён как патологическим процессом, так и непосредственно стрессовой ситуацией госпитализации, отсутствием четкого понимания перспектив. У больных, поступивших по экстренным показаниям, по отношению к больным, госпитализированным для плановой операции, поведение было более беспокойным и проявлялось нецеленаправленной активностью с повышением по шкале 9(Md) до $61 \pm 11,4$ Т баллов ($p \leq 0,05$).

Обобщенный профиль MMPI даёт представление об общих закономерностях реакции. Следует отметить, что психологическое состояние при обследовании на 5-е сутки и на 10-е сутки после операции по данным профиля MMPI для группы в целом в динамике оставалась достаточно устойчивым (таблица 3 приложение). Вместе с тем, изменения в профиле MMPI у больных достаточно индивидуализированы. До операции высокий, более 70Т баллов уровень ипохондрии выявлен у 36% больных, высокий уровень депрессии - у 35 %, высокий уровень тревоги - у 35% больных. Анализ профиля MMPI свидетельствовал о сложных вариантах соотношений шкал профиля у конкретных больных и высоком уровне индивидуализации внутренней картины болезни, что, по-видимому, обусловлено характерологическими особенностями личности.

На пятые сутки после операции у больных отмечено снижение показателей по шкалам 2(D)-депрессии, 4(Pd)-психопатии, 6(Pa)-паранойи. Полученные данные указывали о снижении негативизма, уменьшении уровня тревоги и депрессии, повышении конструктивной оценки действительности. Положительным моментом следует рассматривать увеличение у больных уровня оптимизма по отношению к состоянию до операции.

На 10-е сутки после операции, то есть накануне выписки, вероятно в ожидании возвращения домой и необходимости адаптации к привычным социальным и бытовым условиям в неустойчивом, болезненном состоянии, психоэмоциональное напряжение возрастало. По отношению к результатам обследования на 5-е сутки, на 10-е сутки после операции у больных отмечена тенденция к повышению уровня депрессии, негативизма и снижению уровня оптимистичности. Следует отметить, что значения шкал основного профиля MMPI как на 5-е сутки после операции, так и накануне выписки были выше, чем у здоровых людей, что свидетельствовало о сохраняющемся своеобразии внутренней картины болезни.

Профиль MMPI на 10-е сутки после операции, как видно из таблицы 3 (приложение), был на 2-5 Т баллов ниже по амплитуде,

чем до операции. Количество больных с выраженной фиксацией на болезни уменьшилось на 17% ($p \leq 0,05$), высокий уровень депрессии после операции снизился у 16% больных ($p < 0,1$). У 14% больных снизился высокий уровень тревоги ($p \leq 0,1$), у 17% больных повысилась конструктивная оценка действительности ($p \leq 0,1$). Более высоким был лишь уровень оптимизма. Однако характер профиля в целом не изменился. В связи с полученными данными выполнен сравнительный анализ показателей основных шкал ММРІ в разных группах больных.

У больных, поступивших для выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) установлен высокий уровень социальной интроверсии $64,2 \pm 6,9$ ($p \leq 0,05$). Тенденция к повышению по шкале тревожности 7(Pt) свидетельствовала о более выраженном волнении перед ЛХЭ. Накануне выписки из стационара, на 6-е сутки, как видно из рисунка 1, у больных после лапароскопической холецистэктомии уровень депрессии, ипохондрии, и показатели всей невротической триады в целом 1(Hs), 2(D), 3(Hy) были достоверно выше, чем после традиционной холецистэктомии. Полученные данные можно связать как со своеобразием переживаний, так и с особенностями психологического состояния больных в данной группе обусловленными высоким уровнем невротизации.

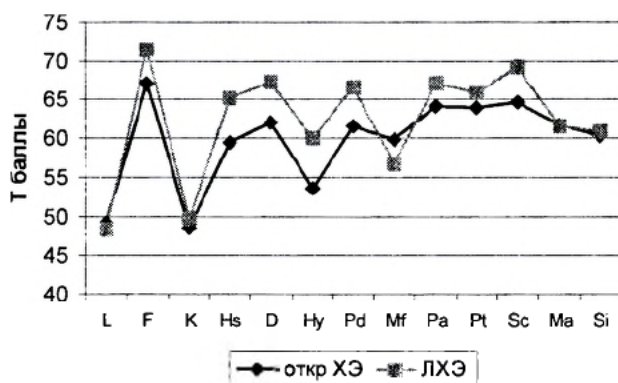


Рис. 1. Профиль ММРІ при выписке после открытой холецистэктомии и лапароскопической холецистэктомии.

Психологическое состояние больных может быть обусловлено многими факторами, так известна корреляционная зависимость между психоэмоциональным состоянием и возрастом [67]. Проведен анализ

профиля ММРІ у больных в возрастных группах 25 до 44 года, 45-54 года и 55-64 года [104]. При поступлении в стационар профиль ММРІ во всех группах больных был повышен. Различия между возрастными группами нивелировались, вероятно, вследствие психоэмоционального напряжения. Вместе с тем у больных старше 45 лет отмечен более высокий подъём по шкале ипохондрии 1(Hs) $68,27 \pm 11,57 (p \leq 0,1)$. В этой группе больных отмечена неустойчивость эмоций и их противоречивый характер. Полученные данные свидетельствовали о наличии предпосылок к невротическим и психосоматическим нарушениям. В возрастной группе 55-64 года выявлена тенденция к повышению степени выраженности ипохондрии и депрессии. Отмечено снижение до $53,54 \pm 9,62 (p \leq 0,05)$ по шкале 9(Ma) оптимистичности.

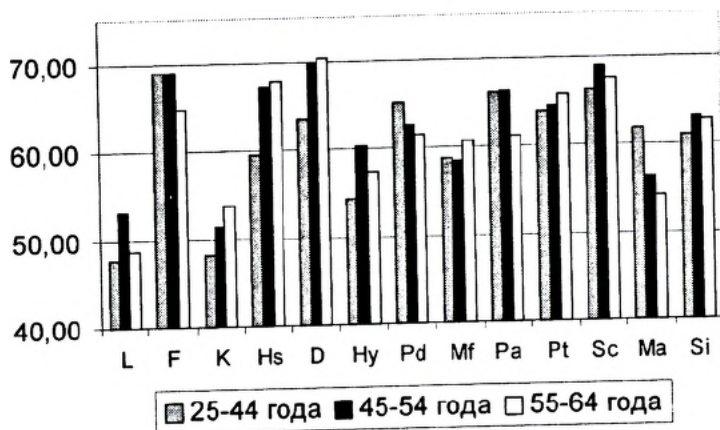


Рис. 2 Профиль ММРІ в разных возрастных группах накануне выписки.

На 10-е сутки после операции во всех возрастных группах больных имелось выраженное повышение по шкале (F) достоверности (рисунок 2), что указывало на стремление обратить на себя внимание, «крик о помощи». У больных старше 45 лет отмечена тенденция к снижению по шкале оптимистичности 9(Ma) до $56,41 \pm 11,25 (p \leq 0,1)$. Снижение по шкале оптимистичности до $54,25 \pm 5,23 (p \leq 0,05)$ отмечено и у лиц старше 54 лет. У больных старше 45 лет накануне выписки повышение по шкалам невротической триады имело более

выраженный характер, чем у больных в возрасте до 44 лет. Повышение по шкале 1(Hs) составляло $67,26 \pm 12,71$ ($p \leq 0,05$), по шкале 2(D) $69,89 \pm 12,29$ ($p \leq 0,05$) и по шкале 3(Hy) $60,33 \pm 13,91$ ($p \leq 0,1$). Полученные данные свидетельствовали о более значительном психологическом истощении у больных старше 45 лет и формировании у них патологического типа реагирования.

Таким образом, неоднозначный характер психологического профиля, отражающий индивидуальные психологические особенности, выявлен у больных всех возрастных групп. С увеличением возраста больные больше подвержены дисрегулирующему влиянию психоэмоционального стресса.

Существенное влияние на течение и прогноз основного патологического процесса оказывают сопутствующие заболевания. Нередко они являются конкурирующими и по влиянию на исход болезни [115].

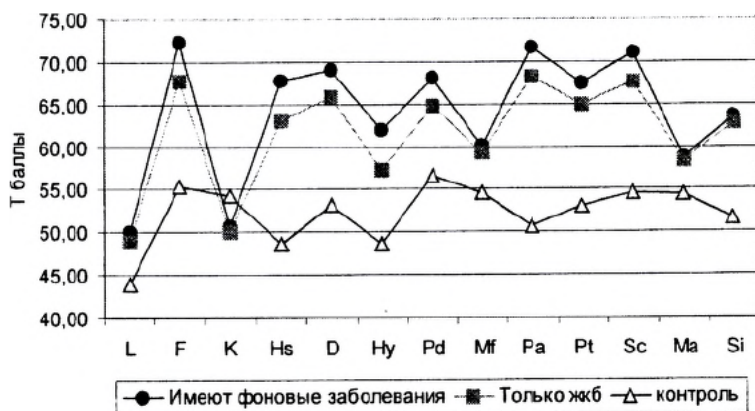


Рис.3. Профиль MMPI у больных желчнокаменной болезнью при сопутствующей патологии

Как видно из рисунка 3, профиль MMPI у больных с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом и профиль MMPI у лиц без сопутствующих заболеваний (контрольная группа) имел сходный характер. Вместе с тем, у лиц без сопутствующих заболеваний профиль MMPI был ниже по амплитуде. У лиц с сопутствующими

заболеваниями выявлено достоверное повышение профиля по шкалам 1(Hs) до $67,83 \pm 10,74$ ($p \leq 0,05$) и 3(Hu) до $61,91 \pm 10,06$ ($p \leq 0,05$). Следовательно, внутренняя картина болезни обусловлена как самим патологическим процессом, так и сопутствующими заболеваниями. Длительность заболевания является ещё одним из факторов, влияющих на внутреннюю картину болезни. По длительности заболевания больные желчнокаменной болезнью были объединены в три группы: с анамнезом до года, от года до 5 лет и от 5 до 10 лет (таблица 4 приложение). У больных с анамнезом заболевания более пяти лет, по отношению к больным с длительностью клинических проявлений заболевания до 1 года (в среднем 6 месяцев), отмечено повышение профиля MMPI по шкалам невротической триады. Выявлено заострение личностных особенностей, эксплозивность, психопатизация, повышение ригидности и снижение здравого смысла в решении проблем. Отмечен высокий уровень устойчивой тревожности, глубокая обращенность интересов в мир внутренних переживаний, нереалистичность поведения. Указанные признаки можно рассматривать, как одно из проявлений социальной дезадаптации вследствие более выраженного истощения и необходимости изменения жизненного стиля в связи с болезнью.

Изменения показателей больных с анамнезом заболевания от 5 до 10 лет, по отношению к показателям больных с анамнезом до года, были выражены в меньшей степени. Отмеченный факт можно объяснить тем, что при длительном существовании заболевания происходит перестройка адаптационных процессов с формированием оптимальных для новой ситуации механизмов реагирования. У лиц с длительным течением заболевания при выписке сохранялось заострение личностных психологических особенностей, психопатизация, повышение ригидности, интровертность.

Среди госпитализированных в хирургический стационар выделена группа больных с болевым синдромом и диспепсическими нарушениями, характерными для желчнокаменной болезни. При ультразвуковом обследовании изменения стенки желчного пузыря выражены умеренно, конкрементов в пузыре не выявлено. При углублённом обследовании у больных была исключена язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоль ободочной кишки, ишемическая болезнь сердца.

Как видно из рисунка 4., у больных данной группы профиль MMPI был повышен. По отношению к контрольной группе был повышен уровень тревоги, отмечалась эмоциональная лабильность, ригидность установок и социальная интроверсия ($p \leq 0,05$). Полученный профиль отличался от показателей у больных

желчнокаменной болезнью только по шкалам 5(Mf) ($p \leq 0,05$) и 0(Si) ($p \leq 0,05$).

Известно, что в основе так называемых функциональных нарушений и билиарного сладж синдрома могут лежать тяжелые и грубые структурные изменения на молекулярном и ультраструктурном уровнях [4]. В связи с особенностями внутренней картины болезни у данной категории больных возможно дальнейшее развитие патологического процесса и формирование осложнений заболевания. Данная категория больных является группой риска по прогрессированию патологического процесса. Для профилактики прогрессирования болезни и осложнений эти больные нуждаются в детальном амбулаторном обследовании и диспансерном наблюдении.

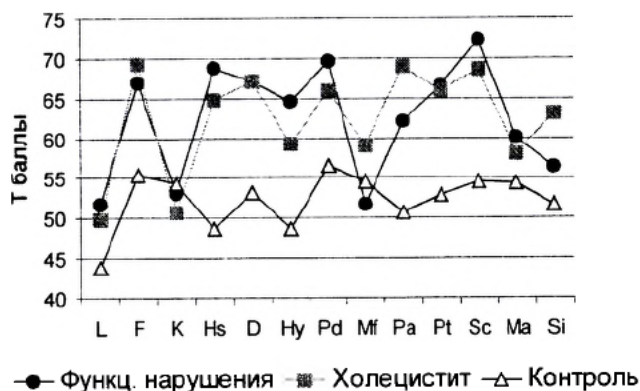


Рис.4. Сравнительный анализ профиля ММРІ у больных при желчнокаменной болезни и при болевом синдроме с диспепсическими нарушениями.

Язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривают как заболевание, которое сопровождается энергодефицитом и гипоксией [57]. При анализе индивидуальных профилей ММРІ у 90,4% больных язвенной болезнью отмечена заостренность личностных особенностей с повышением по шкалам профиля более 65 Т баллов.

При сравнении профиля теста ММРІ при поступлении в стационар у больных язвенной болезнью, желчнокаменной болезнью и острым аппендицитом установлено (рисунок 5), что степень выраженности психологических нарушений имела неодинаковый

характер. Так у больных холециститом в большей степени, чем у больных язвенной болезнью были выражены негативизм, тревога и социальная интроверсия ($p \leq 0,05$).

Особенности внутренней картины болезни и психологическое состояние больных по данным теста MMPI анализированы в динамике при благоприятном течении заболевания и при развитии осложнений.

До операции профиль MMPI был повышен ($p \leq 0,05$) по отношению к показателям у здоровых людей по шкалам F - достоверности 1(Hs)- ипохондрии, 2(D)-депрессии, 3(Hy)-истерии, 4(Pd)-психопатии, 5(Mf)-мужественности-женственности, 6(Pa)-паранойи, 7(Pt)-психастении, 8(Sc)-шизофрении, 9(Ma)-гипомании, 0(Si)-социальной интроверсии. На 10-е сутки после операции, у лиц с благоприятным течением послеоперационного периода, по отношению к исходным данным, отмечено (таблица 5 приложение) снижение профиля по шкалам 1(Hs), 2(D), 3(Hy), 4 (Pd), 6(Pa), 7(Pt), 8 (Sc) ($p \leq 0,05$). Имелась тенденция к повышению профиля по шкале 9 (Ma). Следует отметить, что различия показателей в индивидуальных профилях достигало 88 Т баллов (для шкалы 2(D)). Полученные результаты указывают, что при достаточно определённых общих закономерностях индивидуальные особенности внутренней картины болезни пациентов очевидны.

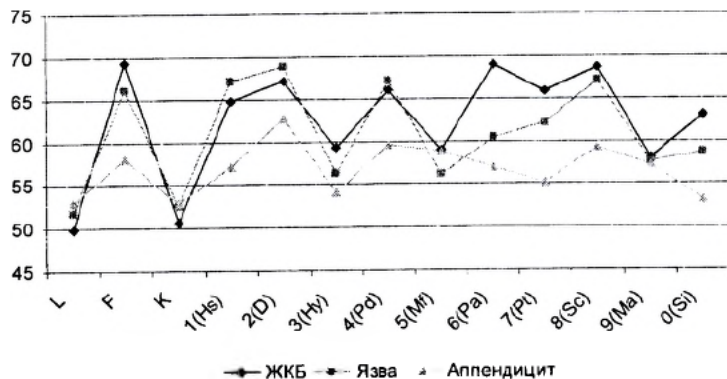


Рис. 5 Профиль теста MMPI больных язвенной болезнью, желчнокаменной болезнью, острым аппендицитом

Осложнения, как правило, развиваются в сочетании с длительным напряжением систем адаптации. Именно этим можно объяснить развитие осложнений на фоне внешне видимого

«мнимого» клинического благополучия при воздействии факторов, имеющих на первый взгляд маловажное значение. В профиле MMPI у лиц с осложнениями ($n=84$) по отношению к больным с благоприятным течением послеоперационного периода ($n=229$) до операции имелась тенденция к повышению тревожности, выявлена высокая интровертность. На 10-е сутки после операции у лиц с осложненным течением заболевания, по отношению к больным с благоприятным течением отмечено повышение по шкалам невротической триады 1(Hs), 2(D), 3(Hy) ($p \leq 0,05$) (таблица 6 приложение). Отмечено повышение по шкалам 6(Pa) ($p \leq 0,05$), и 0(Si) ($p \leq 0,05$).

При развитии осложнений у больных в динамике от поступления к 10-м суткам после операции отмечено повышение по шкале 6(Pa), что свидетельствовало о повышенной обидчивости, настороженности, уходе в мир внутренних переживаний. Одним из основных защитных механизмов у лиц с осложнениями можно считать механизм «отрицания». Об этом свидетельствовала тенденция к повышению профиля MMPI по шкале 9(Ma) гипомании. Больные отрицали для себя сам факт неблагоприятной ситуации, обусловленной осложнением. Опасность ситуации заключалась в том, что это не решало проблему, напротив, усугубляло её в связи с подавлением рациональных механизмов психологической защиты.

Отрицание проблемы - это один из «глубинных», незрелых защитных механизмов и, вследствие этого, его нельзя считать рациональным [64]. Кроме того, при развитии осложнений отмечено перераспределение структуры психологического профиля в сторону снижения стеничности, упорства, активности. Выявлено повышение негативизма с отрицанием успеха лечения и пренебрежением медицинскими рекомендациями. Изменение профиля MMPI по всем шкалам у больных с осложненным течением заболевания, по отношению к больным без осложнений, свидетельствовало об истощении и снижении устойчивости организма.

Внутренняя картина болезни отличалась при различных видах осложнений. У больных с возникшими в послеоперационном периоде гнойно-воспалительными осложнениями до операции отмечена тенденция к повышению общей тревожности 7(Pt) $68,66 \pm 11,6$ ($p \leq 0,1$) и социальной интроверсии, замкнутости, ограничению контактов 0(Si) $67,42 \pm 7,7$ ($p \leq 0,1$). На 10 сутки обследования у них наблюдался высокий уровень депрессии 2(D) $67,42 \pm 9,72$ ($p \leq 0,05$).

Внутренняя картина болезни у лиц с развившимися после операции осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы характеризовалась до операции тенденцией к повышению профиля

ММРІ по шкалам депрессии 2(D) $76,27 \pm 18,2(p \leq 0,1)$, негативизма 6(Pa) $72,73 \pm 18,12 (p \leq 0,1)$, тревоги 7(Pt) $72,36 \pm 14,50(p \leq 0,1)$ и социальной интроверсии (Si) $67,18 \pm 8,44 (p \leq 0,05)$. На 10-е сутки после операции у больных этой группы отмечен высокий уровень ипохондрии 1(Hs) $65,32 \pm 11,15(p \leq 0,05)$, повышение по шкалам 3(Hy) $58,41 \pm 9,75 (p \leq 0,05)$, 6(Pa) $69,86 \pm 13,34, 7(Pt) 66,86 \pm 9,36 (p \leq 0,05)$, 8 (Sc) $72,55 \pm 12,49 (p \leq 0,05)$ и 0 (Si) $62,86 \pm 7,05 (p \leq 0,05)$. Это указывало на высокий уровень тревоги, ригидность установок и ориентацию на внутренние ощущения, а не на объективную оценку ситуации, что следует рассматривать как неадекватный механизм преодоления.

При первичном обследовании достоверных отличий показателей профиля ММРІ в группе с благоприятным течением послеоперационного периода и у больных с осложнениями, возникшими вследствие особенностей операции, не выявлено. При обследовании на 10-е сутки после операции у этих больных отмечено повышение по шкалам 4 (Pd) $73,33 \pm 9,73 (p \leq 0,05)$, 6 (Pa) $71,33 \pm 8,59 (p \leq 0,05)$ и 9 (Ma) $70,17 \pm 11,69 (p \leq 0,05)$. Это свидетельствовало об аффективной лабильности, вспыльчивости, повышенной требовательности и агрессивности, направленных на преодоление возникшей ситуации. Вместе с тем, отмечена тенденция к повышению по шкале ипохондрии (Hs) $63,83 \pm 12,5 (p < 0,1)$, что свидетельствовало тенденции к соматизации психологических проявлений.

3.2 ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ И ТРЕВОЖНОСТЬ

На характер внутренней картины болезни большое значение оказывают эмоциональность и тревожность [71]. Для оценки эмоционального состояния человека и невербальной, во многом бессознательной оценки психологического статуса нашел широкое применение цветовой тест Люшера [51,109]. Тест является глубинным, проективным, отражает сопряженность физиологических и психологических процессов [117]. Интерпретация теста даётся на основании последовательности выбора цветовых эталонов. Для последовательности выбора больным предлагалось 8 карточек со стандартным цветом. Каждому цвету присвоен номер: 1-тёмно-синий, 2-сине-зелёный, 3-оранжево-красный, 4-жёлтый, 5-фиолетовый, 6-коричневый, 7-чёрный, 0-серый. Краткое значение восьми основных цветов были описаны М.Люшером следующим образом: 0-серый – отгораживающий, освобождающий, 1-тёмно-синий означает спокойствие, 2-сине-зелёный выявляет упорство, целеустремлённость

3-оранжево-красный – выражение жизненной силы, стремление к успеху, 4-жёлтый - отражает раскованность и релаксацию, полную радостных надежд, 5-фиолетовый, отражает состояние эмоциональной неустойчивости, 6-коричневый, символизирует чувственную основу ощущений. При физическом дискомфорте или болезни коричневый цвет перемещается к началу ряда, 7-чёрный цвет символизирует отказ, полное отречение [117].

Последовательность выбора цвета позволяет выявить не только осознанные, но и неосознанные реакции. Это позволяет считать метод глубинным, проективным. Таким образом, тест Люшера даёт возможность оценки психологического состояния без искажения когнитивными процессами. Цветовой выбор является отражением психологического и физиологического процессов и характеризует соотношение трофотропных и эрготропных тенденций в рамках вегетативного баланса [117].

Результаты исследований до операции показали большую вариабельность предпочтения в цветовом выборе от первого до восьмого места. При этом перемещение основных цветов 1 (синего), 2 (зелёного), 3 (красного) и 4 (жёлтого) в конец выбора либо смещение 7(чёрного), 6(коричневого), 0(серого) цветов в начало ряда накануне операции выявлено у 96% больных. Указанный выбор свидетельствовал о психологическом дискомфорте. Степень выраженности указанных нарушений варьировала от одного до шести баллов.

Одним из интегральных показателей теста Люшера является определение уровня тревоги на глубинном невербальном уровне. Тревога относится к числу универсальных, но неоднозначных и неспецифических эмоциональных феноменов [33,41]. Ретроспективный анализ показал, что тревога при обследовании до операции отсутствовала у 19% больных с благоприятным течением послеоперационного периода и лишь у 7,8% больных с диагностируемыми после операции осложнениями ($p=0,09$). Тревога менее 4 баллов по данным теста Люшера по И. Скотту была у 66% больных в обеих группах. Вместе с тем, по характеру цветового выбора у 38% больных с благоприятным течением послеоперационного периода сохранялись хорошие резервы психологической адаптации, что проявлялось сохранением последовательности выбора цветов рабочей группы.

В цветовом выборе больных, страдавших желчнокаменной болезнью, по отношению к здоровым людям отмечено смещение красного и желтого цвета вправо, а чёрного и фиолетового цвета влево ($p \leq 0,05$). Полученные данные свидетельствуют, что у больных

желчнокаменной болезнью имеется дисбаланс трофотропных и эргопропных тенденций и отклонение их от показателей, характерных для аутогенной нормы. До операции 67% больных на первой и второй позициях выбора предпочитали фиолетовый цвет, 46% - зелёный цвет, 38% красный цвет. В 44% случаев у больных, поступивших для оперативного лечения, определялась пассивно-оборонительная тенденция (+5+2 по тесту Люшера), ощущение избытка трудностей с напряжением процессов адаптации близких к дезадаптации. Далее в порядке убывания в выборе больных желчнокаменной болезнью следовали синий(1), желтый(4), коричневый(6), серый(0) и черный(7) цвета. Указанный выбор отражал состояние высокой эмоциональной напряженности при подавленной мотивации достижения. Ранговое распределение цветового выбора теста Люшера у больных желчнокаменной болезнью представлено в таблице 7.

Таблица 7

Процентное распределение цветового выбора теста Люшера до операции у больных желчнокаменной болезнью

Рангов и номер	До операции(n=61)							
	Порядковый номера цвета							
	ц1	ц2	ц3	ц4	ц5	ц6	ц7	ц0
1	0%	18%	25%	8%	44%	0%	0%	5%
2	8%	28%	13%	8%	25%	8%	3%	7%
3	11%	23%	15%	15%	10%	10%	7%	10%
4	11%	13%	10%	23%	8%	16%	8%	10%
5	15%	5%	5%	11%	8%	26%	7%	23%
6	26%	10%	7%	5%	3%	25%	7%	18%
7	28%	2%	15%	10%	2%	7%	16%	21%
8	0%	2%	11%	20%	0%	8%	52%	7%

Ретроспективный анализ показателей теста Люшера (таблица 8 приложение) показал, что в цветовом выборе больных с благоприятным течением послеоперационного периода по отношению к здоровым людям имелось смещение вправо красного и желтого цвета. В выборе больных с осложнённым послеоперационным периодом выявлено смещение чёрного цвета влево. Это указывало, что на невербальном уровне у лиц с осложнениями послеоперационного периода имелось преобладание негативистичных тенденций уже до операции.

Анализ предпочтений в цветовом тесте Люшера в 1-е сутки после операции у лиц с благоприятным течением послеоперационного периода позволил выявить сдвиг красного цвета вправо (таблица 9 приложение). Полученные данные свидетельствовали о сохраняющемся эмоциональном напряжении и снижении активности больных. Вместе с тем сдвига других цветов рабочей группы - жёлтого и зелёного выявлено не было. У больных выявлена также тенденция к сдвигу выбора чёрного цвета влево. Полученные результаты свидетельствовали, что после оперативного вмешательства у больных происходило снижение психофизиологической активности, сохранялись эмоциональное напряжение, тревога и пессимизм.

На 10-е сутки после операции выявлено смещение вправо красного и жёлтого цветов, что свидетельствовало о повышении степени астенических нарушений, накопления усталости и преобладание трофотропных тенденций. Отмечено смещение влево коричневого цвета. Полученные результаты указывали на накопление усталости и истощения, фиксации на телесных переживаниях, ипохондрии. О накоплении усталости свидетельствовала и тенденция к смещению в цветовом выборе серого цвета влево.

Ретроспективный анализ цветового предпочтения у больных с осложнённым течением послеоперационного периода позволил выявить, что в первые сутки после операции красный и желтый цвет больные перемещали на более низкие позиции (вправо) ($p \leq 0,05$). Напротив, по отношению к показателям у здоровых людей контрольной группы было повышено предпочтение выбора черного цвета (сдвиг влево) ($p \leq 0,05$). Смещение вправо красного и жёлтого цветов рабочей группы указывало на напряженность в психоэмоциональном состоянии. Смещение выбора чёрного цвета влево указывало на повышение негативизма и депрессию. На 10-е сутки после операции у больных с осложнениями в цветовом выборе сохранялось смещение чёрного цвета влево.

Таким образом, можно утверждать, что на протяжении всего нахождения в стационаре в группе больных желчнокаменной болезнью сохранялось эмоциональное напряжение, требовавшее мобилизации адаптационных механизмов защиты. Накануне выписки из стационара у больных отмечалось напряжение психофизиологической адаптации, накопление усталости, слабости и астении. У больных с осложнениями с момента поступления отмечено преобладание негативизма. Известно, что существует взаимосвязь между физиологическими параметрами и показателями психологического состояния [55]. Нами установлена зависимость между

интенсивностью болевого синдрома у больных при поступлении, и ранговой позиции у них коричневого цвета $r=0,3$ ($p \leq 0,05$).

Таблица 10

Корреляционная зависимость показателей теста ММРІ и месторасположения цвета в тесте Люшера у больных желчнокаменной болезнью до оперативного вмешательства ($n=32$)

Шкалы ММРІ	Порядковый номер цвета в тесте Люшера							
	1	2	3	4	5	6	7	0
1(Hs)	$r = -0,13$	$r = 0,21$	$r = 0,22$	$r = 0,23$	$r = 0,06$	$r = 0,22$	$r = 0,36^*$	$r = 0,13$
2(D)	$r = 0,13$	$r = 0,36^*$	$r = 0,05$	$r = 0,12$	$r = 0,26$	$r = 0,27$	$r = 0,20$	$r = 0,19$
3(Hy)	$r = 0,23$	$r = 0,31$	$r = 0,34^*$	$r = 0,19$	$r = 0,22$	$r = 0,16$	$r = 0,47^*$	$r = 0,32$
4(Pd)	$r = 0,13$	$r = 0,17$	$r = 0,10$	$r = 0,07$	$r = 0,04$	$r = 0,15$	$r = 0,15$	$r = 0,02$
5(Mf)	$r = 0,11$	$r = 0,02$	$r = 0,16$	$r = 0,21$	$r = 0,31$	$r = 0,00$	$r = 0,10$	$r = 0,02$
6(Pa)	$r = 0,21$	$r = 0,47^*$	$r = 0,08$	$r = 0,01$	$r = 0,02$	$r = 0,02$	$r = 0,06$	$r = 0,05$
7(Pt)	$r = 0,28$	$r = 0,55^*$	$r = 0,16$	$r = 0,22$	$r = 0,03$	$r = 0,15$	$r = 0,35^*$	$r = 0,21$
8(Sc)	$r = 0,36^*$	$r = 0,51^*$	$r = 0,10$	$r = 0,09$	$r = 0,03$	$r = 0,01$	$r = 0,27$	$r = 0,10$
9(Ma)	$r = 0,38^*$	$r = 0,10$	$r = 0,03$	$r = 0,16$	$r = 0,02$	$r = 0,24$	$r = 0,23$	$r = 0,00$
0(Si)	$r = 0,16$	$r = 0,28$	$r = 0,25$	$r = 0,25$	$r = 0,02$	$r = 0,32$	$r = 0,22$	$r = 0,23$

Примечание. * Достоверно при $p \leq 0,05$.

Для изучения особенностей соотношения психологического профиля и психоэмоционального состояния изучена корреляционная зависимость показателей теста ММРІ и теста Люшера (таблица 10). Установлена положительная корреляционная зависимость между показателями шкал невротической триады 2(D), 3(Hy) и местом зелёного (2) и красного (3) цветов в цветовом выборе теста Люшера. Установлена отрицательная корреляционная зависимость между показателями шкал невротической триады 1(Hs), 3(Hy) и местом чёрного (7) цвета в тесте Люшера. Выявлена отрицательная связь

между показателями шкал 8(Sc) и 9(Ma) и местом синего (1) цвета в тесте Люшера. Выявлена положительная связь между показателями шкал 6(Pa), 7(Pt), 8(Sc) и местом зелёного (2) цвета в тесте Люшера. Установлена отрицательная корреляционная зависимость между показателями 7(Pt) и местом чёрного (7) цвета в тесте Люшера.

Таким образом, по наличию корреляционной связи между показателями основных шкал профиля MMPI, отражающих личностные характеристики больных и месторасположением в выборе Люшера основных цветов 1 (синего), 2 (зелёного), 3 (красного) и дополнительного цвета 7 (чёрного) можно сказать, что положение основных и дополнительных цветов теста Люшера дополняют представление о внутренней картине болезни.

Вместе с тем, полученные данные подтверждают, что цветовой тест дополняет сведения о психоэмоциональном состоянии больного. На основании полученных данных тест Люшера может быть рекомендован в комплексном психологическом обследовании больных с заболеваниями органов брюшной полости.

3.3 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ГРУППЫ.

Пациенты, поступившие в хирургический стационар по поводу желчнокаменной болезни, основные жалобы предъявляли на боли (97%) и диспепсические нарушения (55%). Жалобы – это эмоциональные проявления внутренних ощущений. Жалобы общего характера на слабость, усталость, нарушения сна, снижение работоспособности, парестезии и тревогу в истории болезни фиксируются, однако не играют решающей роли в алгоритме оказания помощи и в мероприятиях по повышению качества жизни больных. Вместе с тем, подробный анализ жалоб показал, что до 88% пациентов отмечают нарушения, которые можно трактовать, как проявления астении. Жалобы общего характера выявлены нами у больных, как при острых, так и при хронических заболеваниях органов брюшной полости.

Астения (asthenia) характеризуется повышенной утомляемостью, раздражительной слабостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна [16]. Астения является одним из проявлений психоэмоционального стресса [72]. Известно, что астения вызывает нарушения нейроэндокринной и вегетативной регуляции физиологических функций, способствует быстрому истощению

метаболических резервов. Она существенно снижает устойчивость человека к экстремальным условиям. Астенизация ведет к угнетению реактивности, перестройке гемодинамики и нейроэндокринной регуляции [140].

Степень выраженности астении можно определить количеством и характером предъявляемых жалоб общего характера. Вместе с тем, объективизация степени выраженности указанных нарушений затруднена в связи с отсутствием четких критериев. Астенические жалобы лишь частично отражают спектр психологических изменений, вызванных самой болезнью и ожиданием операции. Более полную информацию можно получить по результатам психологического тестового обследования.

Известно, что повышение профиля MMPI в условиях психоэмоционального стресса свидетельствует о напряжении процессов психологической адаптации. Повышение шкал профиля более 70-Т баллов с высокой степенью достоверности свидетельствует о клинически проявляемых признаках дезадаптации [13]. Таким образом, повышение шкал в профиле методики многостороннего исследования личности выше 70 – Т баллов можно рассматривать, как чувствительный индикатор напряжения психологической адаптации.

Повышение профиля MMPI более 65 Т баллов свидетельствует об акцентуации, что также свидетельствует о нарушениях психологической адаптации. По данным теста MMPI у 92,9% пациентов, страдавших желчнокаменной болезнью, отмечено повышение профиля MMPI более 65 Т баллов, что можно рассматривать, как нарушение психологической адаптации [117]. Растерянность, дезориентация нами были отмечены у 54 % больных, иррационализм - у 60% больных. Кроме того, тревожные нарушения отмечены у 88% больных, ипохондрические - у 77%, депрессивные - у 61%.

У 136 больных желчнокаменной болезнью психологическое состояние по данным профиля MMPI изучено нами в динамике. По особенностям основного профиля MMPI выделено 3 группы больных, (рисунок 6).

У 57 больных (41,6%) профиль MMPI приподнят с пиками более 70 Т баллов по пяти и более основным шкалам - «высокий профиль». Этот вариант реакции надо рассматривать, как состояние «психологической дезадаптации». Мы определили это состояние как реакцию «первого» типа. Один из вариантов индекса Уэлша профиля MMPI для больных, находящихся в состоянии психологической дезадаптации может быть представлен как 21378' F04-65/9KL [118].

У 51 больного (37,2%) профиль MMPI был умеренно повышен с волнами более 70 Т баллов по одной – четырём основным шкалам профиля - «плавающий профиль». Этот вариант реакции надо рассматривать как состояние «напряжения психологической адаптации». Мы определили это состояние, как реакцию «второго» типа.

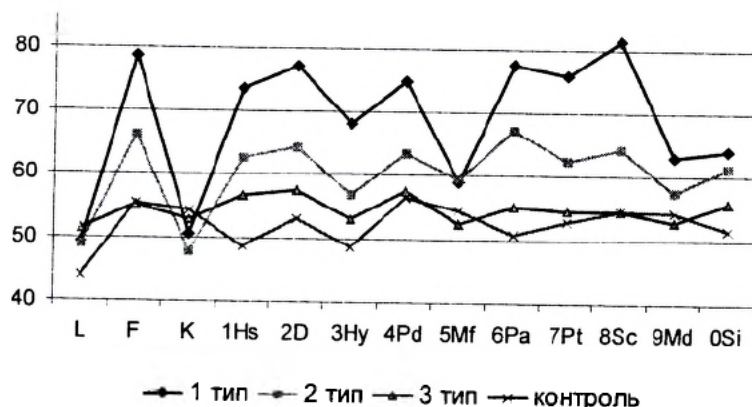


Рис.6 Типы психологической реакции у больных желчнокаменной болезнью.

У 29 больных (21,2%) профиль MMPI был умеренно повышен, но не превышал 70 Т баллов. Выраженных пиков по отдельным шкалам не было. Этот вариант реакции надо рассматривать как состояние «конструктивной психологической адаптации». Мы определили это состояние как реакцию «третьего» типа. Один из вариантов индекса Уэлша профиля MMPI для больных с конструктивной психологической адаптацией может быть представлен как 2143789F065/KL.

Напряжение психологической адаптации от субклинических форм до выраженных изменений, что по данным теста MMPI проявлялось повышением профиля выше 70 Т баллов по 5 и более основным шкалам, выявлены у 83,9% больных язвенной болезнью. Изучение клинических и психологических особенностей больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки позволило разделить больных на группы. Больные с конструктивной адаптацией составляли 23,3% всех обследованных, напряжение психологической

адаптации отмечено у 48,9% больных, психологическая дезадаптация была у 27,8% больных.

Таким образом, по данным психологических личностных особенностей нами выделено и по данным профиля ММРІ объективизировано понятие конструктивной адаптации. Для состояния конструктивной психологической адаптации характерно умеренное повышение профиля ММРІ и отсутствие пиков более 70 Т-баллов по основным шкалам профиля. Профиль ММРІ в выделенных трёх группах статистически достоверно отличался по шкалам F, 1(Hs), 2(D), 3(Hy), 7(Pt), 8(Sc) ($p \leq 0,05$).

Напряжение процессов психологической адаптации в группах больных, отличавшихся по возрасту, длительности анамнеза, наличию сопутствующих заболеваний имело разную степень выраженности. Напряжение возрастало у лиц старше 54 лет. В группе больных с напряжением процессов психологической адаптации число лиц с сопутствующими заболеваниями было на 35% выше, чем в группе с конструктивной адаптацией. Длительность заболевания свыше года отмечена в 79% случаев в группе больных с психологической дезадаптацией и в 43% случаев в группе больных с конструктивной адаптацией.

Состояние психологической адаптации в динамике лечебного процесса изменялось. На 10-е сутки после операции по отношению к исходным данным оптимизация психологической адаптации достигнута у 27% больных. У 57% больных изменений степени психологической адаптации не выявлено. Повышение напряжения психологической адаптации отмечено у 16% больных.

Снижение работоспособности, высокая тревога, эмоциональное напряжение и приступы плохого настроения отмечены у больных с разной степенью психологической адаптации. Вместе с тем, больные в выделенных группах отличались по степени нарушения сна, уровню слабости, наличию парестезий, алгий различной локализации и диспепсических нарушений (Таблица 11). Степень выраженности указанных проявлений нарастала с напряжением процессов психологической адаптации.

По данным анкетного опроса функциональные нарушения у лиц с конструктивным типом психологической адаптации выявлены в 18% наблюдений, при дезадаптации – у 56% больных. Болевые ощущения и парестезии были у 9% больных с конструктивным типом психологической адаптации и у 69% больных с явлениями психологической дезадаптации. Слабость, утомляемость, плохой сон у лиц с конструктивной адаптацией были в 9% случаев, при напряжении психологической адаптации – в 64% случаев, снижение

внимания у лиц с психологической дезадаптацией были в 78% наблюдений. Тревога сохранялась у 82% больных с конструктивной адаптацией, у 83% больных с напряжением психологической адаптации и у 94% больных с психологической дезадаптацией.

Таблица 11.

Жалобы больных желчнокаменной болезнью при различных вариантах психологической реакции по данным теста MMPI

Номер вопроса MMPI	Вопросы	Характер ответа (да /нет)	Ответ в процентах		
			Кон- струк- тивная адапта- ция	Напря- жение адапта- ции	Дез- адапта- ция
3	По утрам я обычно встаю свежей и отдохнувшей	нет	9	30	64
13	Работа дается мне ценою значительного напряжения	да	9	43	53
32	Я замечаю, что мне трудно стало сосредоточиться на определенной задаче или работе	да	9	39	78
55	Меня редко беспокоят боли в сердце или в груди	нет	18	30	56
62	Я часто чувствую жжение, покалывание или онемение в различных частях своего тела	да	9	65	69
76	Большую часть времени у меня подавленное настроение	да	9	68	73
163	Я бы не сказала, что быстро устаю	нет	0	48	50
217	Я часто замечаю за собой, что тревожусь о чем-то	да	82	83	94
315	Я считаю, что жизнь ко мне беспощадна	да	9	59	66
544	Я чувствую усталость большую часть времени	да	18	36	63

Совокупность описанных нарушений в виде боли различной локализации, парестезий, слабости, утомляемости, плохого сна и высокого уровня тревоги рассматривалась нами как астенический синдром.

Астенические нарушения выявлены при всех типах психологической адаптации. Степень выраженности астенических проявлений находилась в прямой зависимости от степени психологической адаптации и была достоверно выше у больных с напряжением психологической адаптации и при дезадаптацией.

Анализ состояния на 10-е сутки после операции позволил отметить, что у больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, напряжение психологической адаптации сохранялось в 80,5% случаев. В целом жалобы на слабость были у 63% больных, плохой сон отмечали 88% больных. Боли и диспепсические нарушения сохранялись у 69% больных. Следовательно, уровень качества жизни больных после выполненной холецистэктомии нуждался в оптимизации. Таким образом, устранение патологического процесса не ликвидировало напряжения адаптационных процессов, что может служить предпосылкой возникновения новых патологических состояний. Полученные результаты указывают на незавершенность адаптации и необходимость продолжить реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе лечения.

Поскольку тест Люшера позволяет на невербальном уровне оценить степень эмоциональной напряжённости, определить уровень тревоги и механизмы возможной компенсации мы применили анализ цветового выбора у больных с разной степенью психологической адаптации.

Анализ показателей теста Люшера в группах с разной степенью психологической адаптации накануне операции имел ряд особенностей. По рейтингу предпочтений у лиц с психологической дезадаптацией на первой позиции были цвета +5,+3. У больных с напряжением психологической адаптации на первой позиции были цвета +5,+2. У лиц с конструктивной психологической адаптацией на первой позиции были цвета +2,+5. Таким образом, у больных с психологической дезадаптацией – первая группа и напряжением психологической адаптации – вторая группа выявлено преобладание эмоциональной неустойчивости. У больных третьей группы – при конструктивной адаптации, напротив, был выявлен конструктивный подход. Доминировала мотивация достижения.

У больных первой группы по отношению к здоровым людям отмечено смещение основных цветов 1(синий), 3(красный) и 4(жёлтый) вправо ($p \leq 0,05$) и тенденция к смещению чёрного цвета

(7) влево ($p \leq 0,1$). Полученные данные указывали на снижение активности, негативизм и отрицание, подавленное настроение, то есть являлось отражением депрессивных тенденций. У больных второй группы отмечено смещение вправо цветов (3) и (4) ($p < 0,05$) и смещение цвета (5) и (7) влево ($p \leq 0,05$). Эти данные свидетельствовали об эмоциональной неустойчивости и вегетативной дисрегуляции. У больных третьей группы отмечено смещение влево цвета (2) и смещение вправо цветов (3) и (4) ($p < 0,05$). То есть, изменения были связаны со смещением влево одного из основных цветов. Это отражало конструктивные тенденции и отсутствие выраженной реакции на психоземotionalный стресс. Позиция чёрного цвета (7) была такой же, как у здоровых людей контрольной группы.

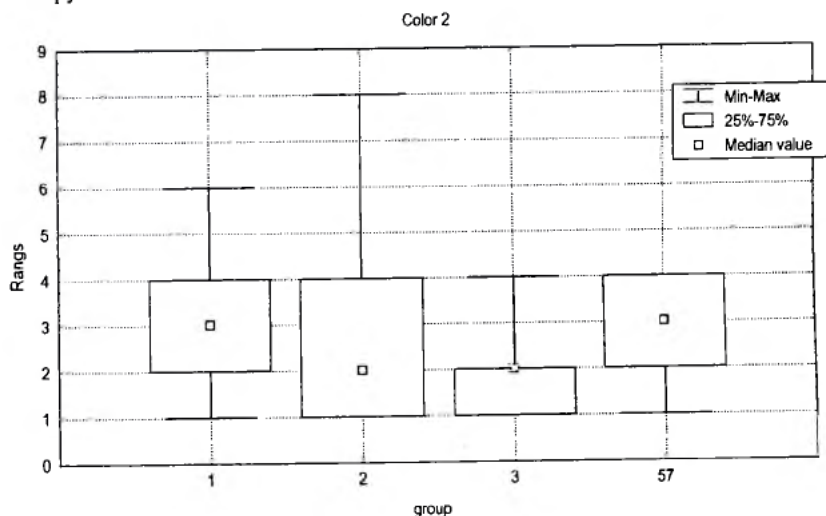


Рис. 7. Статистические характеристики цвета 2 в группах сравнения.

Из рисунка 7 видно предпочтение выбора зелёного цвета (2) у больных третьей группы (медиана 2, верхняя квартиль 2, нижняя квартиль 1) по отношению к выбору больных 2 и 1 группы и к выбору здоровых людей. По отношению к больным первой группы и к здоровым людям различия имели достоверный характер ($p < 0,05$). Полученные данные указывали на повышенный мотивации достижения больных в группе с конструктивной адаптацией.

Вместе с тем, из рисунка 8 видно смещение медианы красного (3) цвета в третьей группе, что указывало на преобладание трофотропных влияний накануне операции. Это свидетельствовало также о хорошей устойчивости больных с конструктивной адаптацией к воздействию стрессовых факторов.

В динамике больные первой группы смещали зелёный цвет (2) влево, что было отмечено на пятые сутки ($p=0,09$) и накануне выписки ($p\leq 0,05$). У больных второй группы на 5-е сутки и при выписке, напротив, было отмечено смещение зелёного цвета (2) вправо ($p\leq 0,05$). Это указывало на неустойчивый характер эмоциональной реакции и адаптационных процессов.

Накануне выписки больные первой и третьей группы по отношению к здоровым людям смещали красный (3) и жёлтый (4) цвета вправо, а коричневый цвет (6) влево ($p\leq 0,05$). У больных второй группы отмечено смещение красного цвета (3) вправо, а фиолетового цвета (5) влево, что указывало на сохраняющееся состояние высокой эмоциональной неустойчивости у больных с напряжением психологической адаптации.

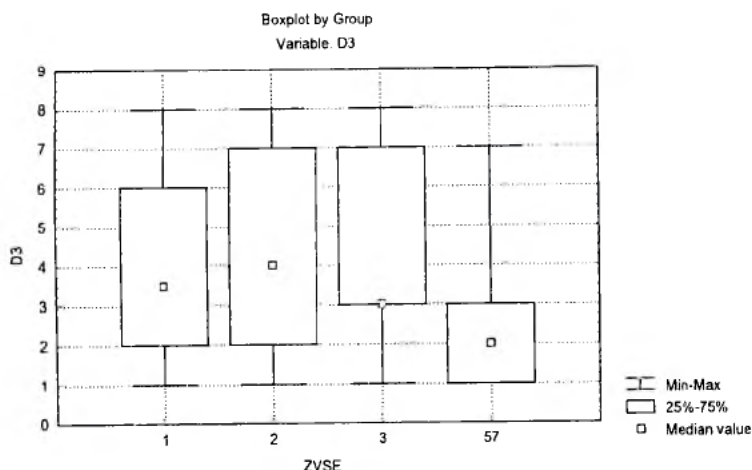


Рис. 8. Статистические характеристики красного цвета (3) в группах сравнения.

Три варианта психологической адаптации, выявленные у больных желчнокаменной болезнью, выделены у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и у больных острым аппендицитом. По характеру профиля ММРІ у обследованных 309 больных нами описаны три группы.

Первую группу составили 105 больных (34%). Профиль ММРІ у больных был приподнят с пиками по пяти и более основным шкалам более 70 Т баллов «высокий профиль». Этот вариант реакции надо рассматривать, как состояние «психологической дезадаптации». Мы определили это состояние как «реакцию первого типа».

Вторую группу составили 137 больных (44 %). Профиль ММРІ в этой группе был умеренно повышен с пиками более 70 Т баллов по одной – четырём основным шкалам - «плавающий профиль». Этот вариант реакции надо рассматривать, как состояние «напряжения психологической адаптации». Мы определили это состояние как «реакцию второго типа».

Третью группу составили 67 больных (22%). Профиль ММРІ в группе был умеренно повышен, но не превышал 70 Т баллов. Не было выраженных пиков по отдельным шкалам. Этот вариант реакции рассматривали как состояние «конструктивной психологической адаптации». Мы определили это состояние как «реакцию третьего типа».

Четвертую группу составили здоровые люди – контрольная группа.

Для оценки наиболее значимых показателей выделенных групп нами был применён дискриминантный анализ (таблица 12). Были найдены 2 значимые ($p \leq 0,001$) дискриминантные функции df_1 и df_2 .

Наибольший вклад в первую дискриминантную функцию был определён шкалами 8(Sc), 1(Hs), 2(D) (Рисунок 9). Наиболее значимыми показателями по второй дискриминантной функции были значения шкал 3(Hy), 9(Ma), 7(Pt), 2(D).

$$df_1 = -7,6 + 0,03(Sc) + 0,02(Hs) + 0,02(D).$$

$$df_2 = 0,36 - 0,03(Hy) + 0,02(Ma) - 0,03(Pt) + 0,02(D).$$

По первой дискриминантной функции (df_1) первая и вторая группы достоверно отличались по показателям от третьей и контрольной группы (t тест для средних, уровень значимости $p \leq 0,01$). Кроме того, они достоверно отличались между собой. Более выраженные изменения были в первой группе. Показатели в третьей группе не отличались от показателей в контрольной группе. По второй дискриминантной функции (df_2) первая и третья группа не отличались между собой, но значительно отличались по показателям шкал 3(Hy),

7(Pt), 9(Ma) и 2(D) от второй группы. Они умеренно отличались от группы здоровых людей.

Таблица 12
Распределение больных в группы по дискриминантной функции (проценты).

Группы сравнения	Предполагаемая группа	Реальная группа			
	Планируемое распределение в процентах	Первая группа	Вторая группа	Третья группа	Контрольная группа
Первая группа	90	73	8	0	0
Вторая группа	84	2	79	9	4
Третья группа	56	0	10	28	12
Контрольная группа	69	0	5	10	33

Многоуровневая система психофизиологических соотношений играет важную роль в формировании клинической картины и течения заболевания [97]. Выделенные группы больных отличались по клинико-психологическим характеристикам. В первой группе число больных, поступивших по экстренным показаниям, составляло 59,6%, во второй 60,3%. В третьей группе число таких больных составило 77,8%, что выше, чем в первой ($p \leq 0,05$) и во второй ($p \leq 0,05$) группах. По числу больных с сопутствующими заболеваниями достоверных различий между выделенными группами не установлено. В возрастной категории до 25 лет преобладали больные с конструктивной психологической адаптацией, что достоверно отличалось от показателей в первой и второй группах ($p \leq 0,05$). 17,5% больных третьей группы – лица в возрасте до 25 лет. В остальных возрастных категориях достоверных различий между группами выявлено не было.

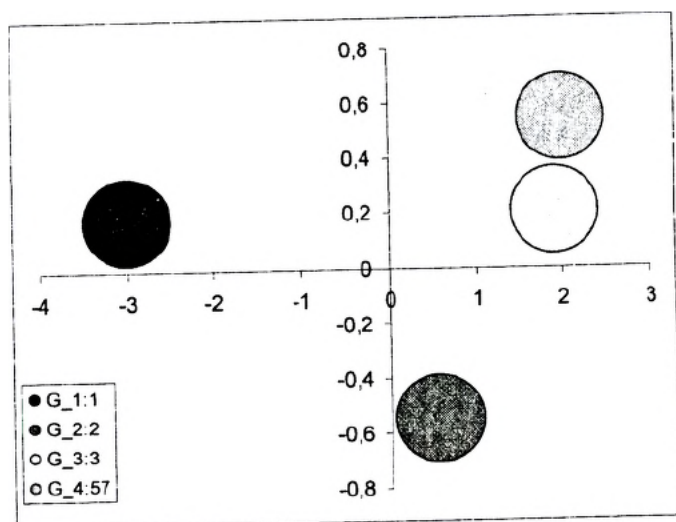


Рис. 9. Средние значения дискриминантных функций по переменным основных шкал MMPI

В процессе лечения происходило изменение степени психологической адаптации. У пациентов, выделенных при поступлении в первую группу, состояние психологической дезадаптации при выписке сохранялось в 52,3% случаев. Напряжение психологической адаптации отмечено у 43,2% больных, а конструктивная психологическая адаптация достигнута у 4,5% больных. Среди пациентов, выделенных при поступлении в группу с напряжением психологической адаптацией, при выписке в 14% случаев отмечено состояние психологической дезадаптации. Напряжение психологической адаптации было у 58,1% больных и состояние конструктивной психологической адаптации достигнуто у 27,9% человек. Среди пациентов из группы с конструктивной психологической адаптацией, при выписке состояние психологической дезадаптации отмечено у 4,8% больных. У 38,1% больных этой группы выявлено напряжение психологической адаптации и у 57,1% сохранилась конструктивная психологическая адаптация.

Таким образом, в процессе лечения способ психологической адаптации изменился у 48% больных. Вместе с тем, более чем у половины больных способ психологической адаптации являлся прочным и определял формирование клинко-психологических групп.

При выписке состояние психологической дезадаптации выявлено у 27,7% больных, напряжение психологической адаптации имело место у 48,2% больных, конструктивная адаптация была достигнута у 24,6% больных.

Подводя итог оценке психологического состояния больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости можно сказать, что внутренняя картина болезни лиц, страдающих желчнокаменной болезнью характеризуется сложными взаимоотношениями депрессивных, ипохондрических и негативистичных проявлений, высоким уровнем иррационализма, снижением оптимизма и высокой степенью индивидуализации. Указанные особенности выявлены у 78,8% обследованных больных. По данным теста MMPI у 92,9% пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, отмечены пики более 65 Т баллов по основным шкалам профиля, что свидетельствовало об акцентуации и указывает о нарушениях психологической адаптации. По данным теста Люшера психологический дискомфорт различной степени накануне операции испытывали 96% больных. С увеличением возраста больного, увеличения длительности анамнеза заболевания и при наличии сопутствующих заболеваний внутренняя картина болезни изменяется в сторону усиления астенизации, невротизации и формирования психосоматических нарушений.

Патологический процесс, факт госпитализации в хирургический стационар, оперативное вмешательство являются мощными стимулами эмоциональных реакций. Чувство страха является далеко не единственным, а часто и не ведущим компонентом в сложной психологической реакции пациента. Повышение негативизма и иррационализма, чрезмерная фиксация на болезни в течение послеоперационного периода могут свидетельствовать об энергетическом истощении и снижении устойчивости организма к неблагоприятным факторам. Эти изменения являются прогностически неблагоприятными и повышают вероятность развития осложнений. Нивелирование психопатологических черт личности в динамике лечебных мероприятий свидетельствует о саногенических тенденциях. Вместе с тем, по результатам тестового обследования астенические нарушения на 10-е сутки после холецистэктомии выявлены в 96,1% случаев. Следовательно, от момента поступления в стационар до выписки основная часть больных пребывает в состоянии психологического дискомфорта разной степени выраженности.

Чувствительным индикатором степени психологической адаптации в условиях психозмоционального стресса является уровень

профиля методики многостороннего исследования личности [13]. По характеру профиля ММРІ в условиях операционного стресса посредством дискриминантного анализа выделено три основных типа психологической адаптации, описанные двумя дискриминантными функциями. Напряжение психологической адаптации мы рассматриваем, как состояние хронического психоэмоционального стресса.

Динамика и особенности психологического статуса зависят от исходного состояния больных, характера патологического процесса, осложнений основного заболевания, наличия сопутствующих болезней, длительности анамнеза. Наиболее выраженные изменения психологического профиля выявлены у больных с осложнённым течением заболевания. Характер внутренней картины болезни и состояние психологической адаптации оказывают непосредственное влияние на успех лечения больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Таким образом, особенности течения заболевания, реакция на оперативное вмешательство и скорость восстановительных процессов, реабилитация связаны с особенностями психологического состояния больного и степенью психологической адаптации. Вместе с тем для оценки резистентности организма в целом необходим анализ взаимодействия всех систем адаптации.

ГЛАВА 4

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Центральной нервной системе, наряду с другими системами жизнеобеспечения принадлежит важная роль в обеспечении процессов адаптации [72]. Вместе с тем, на функциональное состояние головного мозга непосредственное влияние оказывают патологический процесс, эмоциональные факторы, операционная травма, наркоз. В настоящее время установлено, что в основе этих

нарушений лежит гипоксия, энергетический дисбаланс, гипоперфузия преимущественно в срединных структурах мозга [79]. Применение математического картирования электроэнцефалограммы (ЭЭГ) расширило возможности этого метода для оценки нейрофизиологических процессов.

Обследовано 64 больных, средний возраст $41,1 \pm 9,4$ лет. Оперировано 23 человека по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. По поводу хронического калькулёзного холецистита оперировано 7 больных. Анализ спектра мощности ЭЭГ выполнен при поступлении в стационар и на 10-е сутки после оперативного вмешательства. При отсутствии операции повторное исследование выполнялось спустя 2 недели от поступления и начала лечения. Изучены особенности нейрофизиологических процессов и их связь с психологическими особенностями больных.

Электроэнцефалограмму (ЭЭГ) регистрировали при помощи электроэнцефалографа EEG 16-S (Венгрия) в монополярных отведениях F3, F4, C3, C4, T3, T4, O1, O2 по международной схеме «10-20%». Обследуемые больные находились в положении лёжа с закрытыми глазами в полутемном кабинете. Проводилось аналого-цифровое преобразование сигналов ЭЭГ, визуализация и запись файлов. Обработку данных выполняли при помощи компьютера IBM и пакета специальных программ. Параметры спектра мощности ЭЭГ рассчитывали для стандартных частотных диапазонов: дельта (0,5-4,0 Гц), тета (4,0-8,0 Гц), альфа (8,0-13,0 Гц), бета-1 (13,0-20,0 Гц), бета-2 (20,0-40,0 Гц).

Условно негативная волна (УНВ) особая разновидность вызванных или «связанных с событиями» потенциалов мозга выделена из спонтанной ЭЭГ с помощью специальных программ стандартным методом компьютерного синхронного усреднения 12-14 фрагментов ЭЭГ после аналого-цифрового преобразования сигналов электроэнцефалографа. Этапы регистрации и анализа УНВ осуществляли в компьютерном автоматизированном режиме. Анализировали общую площадь волны и средние амплитуды 200 мс фрагментов кривой [5]. Для регистрации применены монополярные отведения потенциалов от F3, F4, C3, C4 [5,47].

При изучении ЭЭГ больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, установлено снижение мощности волн альфа-ритма в центральных, теменных и затылочных отведениях. Показатели уровня мощности волн в спектре электроэнцефалограммы и процентного соотношения волн быстрой и медленной частей спектра ЭЭГ у больных, страдавших язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, в отведениях O1, O2, T3, T4 представлено

в таблице 13.

Таблица 13

Динамика распределения спектра мощности ЭЭГ у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Отведения	Волны ЭЭГ	Группы сравнения			
		Контроль-ная группа n=15	До операции n=22	После операции (без осложнений) n=15	После операции (осложнения) n=8
O1	дельта	16,99±3,37	12,36±4,21*	16,44±3,69	12,40±2,69*
	тета	18,48±1,89	15,06±3,92*	18,11±5,14	15,74±3,76*
	альфа	30,58±6,54	25,71±4,74*	27,75±6,53	31,04±6,96
	Бета-1	15,63±2,07	18,29±2,55*	17,00±2,93	17,31±2,08
	Бета-2	21,27±4,04	30,62±7,25*	23,80±6,25	26,35±7,37
O2	дельта	15,87±2,68	13,13±3,55*	15,62±3,83	12,58±3,87*
	тета	18,43±2,47	15,27±3,55*	17,31±4,52	15,53±2,64*
	альфа	29,91±7,37	26,83±5,16	27,68±6,09	31,33±7,47
	Бета-1	15,79±2,05	17,15±1,56	17,28±2,46	17,69±2,40
	Бета-2	22,39±5,16	30,45±6,56*	24,93±6,32	25,08±6,55
T3	дельта	14,48±4,11	14,43±4,83	14,25±4,30	12,09±2,23
	тета	16,37±2,95	14,62±3,03	16,23±4,61	15,70±3,17
	альфа	40,69±6,90	33,68±7,22*	36,55±9,23	35,95±4,85
	Бета-1	14,06±1,85	16,13±1,66*	15,97±3,03*	16,61±2,28*
	Бета-2	15,81±2,03	22,74±5,15*	18,94±5,63*	21,48±6,13*
T4	дельта	13,53±2,45	13,01±4,52	13,63±3,34	12,79±2,93
	тета	15,46±2,64	14,73±3,00	15,60±3,93	15,03±1,98
	альфа	40,50±5,84	35,11±7,90*	35,46±8,86	36,83±6,17
	Бета-1	14,15±1,82	16,30±1,50*	16,24±3,35*	16,83±2,51*
	Бета-2	17,96±3,58	23,17±5,10*	20,60±6,14	21,35±5,19

Примечание.* Достоверно по отношению к показателям в контрольной группе при $p \leq 0,05$

Повышение мощности наблюдалось для медленных волн бета-диапазона в затылочных отведениях и для быстрых волн бета-диапазона в отведениях F3, F4, C3, C4, O1, O2, T3, T4 ($p \leq 0,05$).

Вместе с тем, имело место снижение мощности волн тета-ритма в лобных, теменных и центральных отведениях и снижение мощности волн дельта-ритма в теменных отведениях ($p \leq 0,05$). Следует отметить выраженные индивидуальные особенности в спектрах мощности ЭЭГ. Перераспределение мощности в сторону быстрой части спектра свидетельствовало о десинхронизации и снижении адаптивных возможностей и указывало о напряжении регуляторных процессов ЦНС [5,47].

У лиц, с коротким анамнезом язвенной болезни без стеноза и пенетрации, по данным ЭЭГ отмечено повышение мощности медленных волн бета ритма в лобных, центральных, теменных и затылочных отведениях ($p \leq 0,05$) и тенденция к снижению мощности альфа - ритма в затылочных отведениях ($p \leq 0,1$).

У больных хроническим калькулезным холециститом по отношению к контрольной группе в спектре ЭЭГ отмечено менее выраженное снижение мощности волн альфа - диапазона, а также менее выраженное повышение мощности волн бета – ритма, разница изменений была недостоверной. Выявленные изменения подтверждают мнение о неспецифическом характере изменений ЭЭГ при разной патологии. Подобные изменения описаны при вегетативных нарушениях различного генеза и носят обратимый характер [5]. Таким образом, изменение структуры ритма свидетельствует не столько о степени нарушения функционального состояния ЦНС, сколько может служить показателем различных вариантов вовлечения в патологический процесс основных регулирующих элементов неспецифической системы [5].

При повторном исследовании сравнивали показатели мощности спектра волн ЭЭГ у лиц с благоприятным течением послеоперационного периода и у 8 больных с тяжёлым течением послеоперационного периода. У 1 больного течение заболевания осложнилось пневмонией, у 1 больного выявлено нагноение раны, тяжелое нарушение сердечной деятельности было у 1 пациента, анастомозит у 1 больного, длительный парез кишечника был у 4 больных. Нормализация распределения волн в спектре мощности ЭЭГ происходила более медленно, чем субъективное улучшение состояния. При благоприятном течении послеоперационного периода на 10 сутки у больных по отношению к показателям в контрольной группе сохранялось повышение мощности медленных волн бета - ритма в затылочных (Т3,Т4) отведениях ($p \leq 0,05$). При тяжелом течении восстановительных процессов и развитии осложнений на 10-е сутки в спектре ЭЭГ отмечено снижение мощности волн тета - ритма в центральных и теменных отведениях и снижение мощности волн

дельта - ритма в теменных отведениях. В спектре ЭЭГ была повышена мощность медленных волн бета - ритма в затылочных отведениях и быстрых волн бета ритма в отведениях С3 и Т3 ($p \leq 0,05$). У больных с осложнениями по отношению к контрольной группе в центральных, теменных и затылочных отведениях отмечено также суммарное преобладание мощности быстрых волн по отношению к мощности волн медленной части спектра ($p \leq 0,05$).

Таким образом, перераспределение мощности в спектре ЭЭГ с преобладанием волн быстрой части спектра, отражает состояние неустойчивого равновесия, обусловленное воздействием неблагоприятных факторов напряжения.

Условно негативная волна представляет медленное отрицательное колебание потенциала в интервале между двумя сигналами. Первый сигнал имеет предупреждающее значение, второй служит указанием к выполнению оговорённого действия [5,47,150]. УНВ отражает состояние ментальных процессов и когнитивных функций [47]. В связи с этим представляет интерес её изучение в условиях психоэмоционального стресса.

Результаты оценивали по данным анализа трех серий исследований. В первой серии больной должен был нажать кнопку в ответ на световой сигнал. Вторая серия повторяла данную простую сенсомоторную задачу, но спустя 2-3 минуты. В третьей серии исследования от больного требовалось дифференцировать одиночную и двойную вспышки света. Выделение УНВ из спонтанной ЭЭГ выполняли при помощи специальных программ [5]. Как видно из таблицы 14, у больных язвенной болезнью, как и у здоровых людей, отмечено преимущественно фронтальное доминирование УНВ.

При выполнении простой сенсомоторной задачи у лиц, страдавших язвенной болезнью, имелась тенденция к снижению площади в отведении F4 ($p < 0,1$). На следующем этапе выполнения задания в ситуации «привыкания» установлено выраженное снижение площади УНВ в отведениях С3 и С4 ($p \leq 0,05$). Полученные результаты позволяют говорить об истощении энергетических структур мозга у больных, по отношению к здоровым людям в группе сравнения. При усложнении задачи, в ситуации «выбора», повышение площади волны у больных язвенной болезнью было также менее выражено, чем у здоровых людей. В большей степени указанные изменения были выражены в лобных отведениях ($p \leq 0,05$).

Значения площади условно-негативной волны и её фрагментов у больных язвенной болезнью имели неоднородный характер и индивидуальные особенности. При анализе динамики изменения усредненных значений амплитуды УНВ 200 мс фрагментов

A1,A2,A3,A4,A5 у больных язвенной болезнью, в отличие от здоровых людей, отмечено отсутствие увеличения амплитуды поздних её компонентов на всех этапах исследования. В большей степени указанные изменения были выражены в центральных отведениях во второй серии исследований и во фронтальных отведениях в третьей серии исследований, то есть в случае необходимости избирательного реагирования.

Таблица 14

Динамика площади УНВ у больных язвенной болезнью
двенадцатиперстной кишки

Отведения	Этапы исследования	Контрольная группа (n=10)	Больные язвенной болезнью (n=10)	p
Лобные отведения (F3-F4)	1	8585,2±3511,8	5547,4±7005,6	(p= 0,24)
		8686,1±4406,5	4287,1±5834,5	(p= 0,07)
	2	7770,6±3691,4	4842,5±5562,7	(p= 0,18)
		7347,5±3815,6	4690,1±4832,7	(p= 0,19)
	3	9469,5±6107,8	5204,5±3606,0	(p=0,07)
		9540,7±5127,6	4985,1±4786,0	(p= 0,05)
Центральные отведения (C3-C4)	1	3994,3±1113,7	3921,4±4421,8	(p= 0,96)
		5484,6±2440,7	3958,8±4889,3	(p= 0,39)
	2	3754,5±1187,2	2027,6±1697,6*	(p= 0,02)
		4538,4±2643,7	2398,3±1884,4*	(p= 0,05)
	3	4832,6±1972,2	3738,5±2713,0	(p= 0,32)
		5454,3±4429,8	4429,8±3192,1	(p= 0,47)

Примечание. * Достоверно по отношению к контрольной группе при $p \leq 0,05$

Известно, что снижение или повышение амплитуды УНВ наблюдается при разнообразных формах нарушения деятельности ЦНС и свидетельствует об изменениях корково-таламических механизмов активации [5,47,113]. Можно сказать, что выявленные нами изменения условно-негативной волны свидетельствовали о снижении активности энергетических процессов в мозге и неадекватности регуляторных влияний корковых фронтальных отделов у больных язвенной болезнью.

Менее выраженное увеличение площади условно негативной волны и амплитуды фрагментов УНВ при повышении требований к выполнению регистрируемых заданий у больных язвенной болезнью,

по отношению к здоровым людям, указывало о нарушении неспецифической регуляции таламокортикальной системы в условиях психозмоционального стресса предстоящей операции.

Нейрофизиологические процессы анализированы у больных при различных психозмоциональных нарушениях. У больных, страдающих язвенной болезнью, при нарастании депрессивных проявлений отмечено снижение мощности волн тета - ритма в лобных, центральных и теменных отведениях и повышение мощности медленных и быстрых волн бета - ритма в теменных, височных и затылочных отведениях. Так в отведении F3 при депрессии мощность тета - ритма составляла $17,09 \pm 2,66\%$ от общей мощности ЭЭГ, в то время как в контрольной группе мощность тета - ритма составляла $19,37 \pm 1,95\%$ ($p \leq 0,05$). Эта закономерность выявлена и на 10-е сутки после оперативного лечения. У лиц с высоким уровнем ипохондрии имело место достоверное по отношению к здоровым людям снижение мощности волн альфа - ритма в теменных отведениях.

По данным корреляционного анализа выявлена связь между показателями спектра мощности ЭЭГ и степенью повышения по основным шкалам MMPI. До операции эта зависимость имела достаточно выраженный характер. При анализе степени зависимости показателей спектра мощности ЭЭГ в лобных, центральных, теменных и затылочных T4 отведениях выявлена положительная корреляционная зависимость не ниже ($r=+0,6$) (n_{15}) со шкалами F(достоверности) и мощностью быстрых волн бета ритма. Между показателями мощности волн бета - 2 - ритма и шкалой I(Hs) выявлена отрицательная зависимость ($r=-0,62$) в лобных отведениях. Установлена высокая зависимость между шкалой 6(Pa) ригидности и мощностью альфа - ритма в центральных и затылочных отведениях ($r=0,64$). Положительная связь установлена между мощностью альфа - ритма и шкалой 8(Sc) ($r=0,62$) в теменных, центральных и затылочных отведениях. Выявлена отрицательная связь между шкалой 9 (Ma) и мощностью быстрых волн бета - ритма в центральных и затылочных отведениях ($r=-0,69$). Установлена зависимость между шкалой 0(Si) и мощностью альфа - ритма ($r=0,55$) в центральных отведениях и отрицательная зависимость ($r=-0,68$) с мощностью волн бета - ритма в затылочных отведениях. В результате операционного стресса зависимость между показателями спектра мощности ЭЭГ и основными шкалами MMPI снижалась. На 10-е сутки после операции вероятно в результате напряжения систем адаптации зависимость между показателями спектра мощности ЭЭГ и основными шкалами MMPI была менее значимой. Выявлена положительная

корреляционная зависимость со шкалами К (коррекции), (D) депрессии и (Si) социальной интроверсии.

При анализе показателей в спектре ЭЭГ в отведениях F3, F4, C3, C4, O1, O2, T3, T4 преобладала мощность альфа-ритма. В большей степени мощность альфа-ритма была выражена в затылочных отведениях. Вместе с тем, между группами больных с разной степенью психологической адаптации и по отношению к контрольной группе выявлены различия в спектре мощности ЭЭГ в лобных, центральных и затылочных отведениях.

При изучении индивидуальных спектров мощности ЭЭГ (таблица 15) у 50% больных с напряжением психологической адаптации и при дезадаптации и у 25% больных с конструктивной адаптацией отмечено снижение относительной мощности альфа-ритма в затылочных отведениях по отношению к контрольной группе. У больных с психологической дезадаптацией до операции по отношению к контрольной группе выявлено снижение мощности дельта-ритма в отведении O1 ($p \leq 0,05$), повышение мощности волн бета-ритма в отведении O1 и T3. В теменных отведениях в спектре мощности отмечено преобладание медленных волн ($p \leq 0,05$). У больных с конструктивной психологической адаптацией отмечено повышение мощности волн бета ритма в центральных, теменных и затылочных отведениях. Изменения соотношения мощности волн медленной и быстрой частей спектра ЭЭГ не выявлено. Изменения спектра мощности ЭЭГ при напряжении психологической адаптации были выражены в большей степени. Это проявлялось снижением в спектре мощности волн альфа ритма и увеличением преобладания в спектре мощности ЭЭГ волн бета ритма в затылочных отведениях. В лобных, центральных и теменных отведениях отмечено перераспределение в спектре волн ЭЭГ с повышением мощности волн быстрого диапазона за счет волн бета ритма. При этом мощность волн тета - ритма и дельта-ритма была снижена. Известно, что подобное распределение может свидетельствовать о перенапряжении или истощении физиологической активности и требует энергетической и информационной мобилизации [5].

Кроме того, при напряжении психологической адаптации и при дезадаптации у больных по отношению к показателям у здоровых людей отмечено снижение общей мощности ЭЭГ. Это также может свидетельствовать об энергетическом дисбалансе.

Таким образом, при напряжении психологической адаптации выявлено снижение мощности ЭЭГ и перераспределение в спектре мощности волн ЭЭГ, требующее энергетической мобилизации.

Анализ спектра мощности ЭЭГ после операции в отведениях Т7, Т8, позволил установить, что показатели спектра мощности больных с конструктивной адаптацией не отличались от нормы. У больных с явлениями психологической дезадаптации выявлена тенденция к снижению мощности альфа ритма ($p < 0,1$) и повышение мощности медленной составляющей бета ритма ($p \leq 0,05$). У больных с напряжением психологической адаптации отмечено снижение мощности альфа ритма и повышение мощности волн бета ритма, что в большей степени было обусловлено быстрыми волнами ($p \leq 0,05$). Указанные изменения свидетельствовали об усилении неспецифической церебральной активации и могут быть связаны с состоянием мобилизации и эмоциональной напряженности [13].

Таблица 15

Показатели соотношения волн ЭЭГ при вариантах психологической адаптации (в процентах)

Отведения	Волны ЭЭГ	Группы больных			
		Первая группа (n=12)	Вторая группа (n=12)	Третья группа (n=9)	Контрольная группа (n=15)
F3	Дельта	19,51±6,17	15,08±2,86*	17,40±4,07	17,97±3,82
	Тета	18,21±2,79	16,58±3,07*	18,23±2,50	19,37±1,95
	Альфа	27,13±4,69	26,55±5,74	24,98±5,15	28,43±5,69
	Бета 1	14,59±1,88	16,08±2,36	15,22±1,31	14,59±1,72
	Бета 2	23,32±4,64	28,18±5,59*	26,36±6,06	22,11±4,35
F4	Дельта	18,34±5,87	16,41±3,42	18,52±4,85	18,41±4,11
	Тета	18,63±3,78	17,21±3,07	17,76±2,39	18,91±1,79
	Альфа	26,33±5,40	26,23±6,44	24,01±5,40	27,78±5,73
	Бета 1	15,15±1,99	15,03±1,93	15,83±1,58	14,72±1,75
	Бета 2	23,76±6,88	27,47*±6,16	27,08±5,26	22,89±4,86
C3	Дельта	14,74±3,53	14,08±3,42	15,17±3,02	15,75±2,93
	Тета	18,67±3,80	17,15±3,12*	18,14±2,25	19,69±1,92
	Альфа	31,68±6,14	28,30±5,84	29,12±5,12	32,43±5,56
	Бета 1	16,98±3,59	17,18±2,24*	16,21±1,48	15,41±1,90
	Бета 2	20,43±5,08	25,66±5,08*	22,49±4,38*	18,86±3,10

С4	Дельта	14,02±2,89	14,81±2,31	19,64±9,46	16,11±2,91
	Тета	18,25±4,38	17,95±3,09	18,29±2,49	19,75±2,11
	Альфа	31,50±6,18	28,28±5,78	28,58±5,05	30,79±6,06
	Бета 1	16,63±3,09	16,44±2,03	16,26±1,93	15,20±1,63
	Бета 2	21,25±6,10	23,65±5,14*	22,78±3,11*	19,66±3,60
О1	Дельта	13,65±2,84*	12,38±3,79*	14,67±4,34	16,99±3,37
	Тета	17,50±3,89	15,29±3,58*	16,71±2,85	18,48±1,89
	Альфа	30,57±5,52	25,56±5,27*	26,89±5,24	30,58±6,54
	Бета 1	17,88±3,46*	18,83±2,53*	16,91±1,78	15,63±2,07
	Бета 2	22,74±6,28	30,15±6,99*	27,10±7,56*	21,27±4,04
О2	Дельта	14,18±3,77	13,18±3,43*	16,00±4,66	15,87±2,68
	Тета	17,29±4,00	16,09±3,36*	16,20±2,32*	18,43±2,48
	Альфа	30,93±6,60	26,40±4,65	26,71±4,69	29,91±7,37
	Бета 1	17,09±2,51	17,90±2,20*	16,42±1,52	15,79±2,05
	Бета 2	23,14±6,89	29,27±6,80*	26,81±6,02	22,39±5,16
Т3	Дельта	13,23±3,42	14,54±4,75	12,73±1,84	14,48±4,11
	Тета	15,23±2,95	15,37±2,77	15,58±1,71	16,37±2,95
	Альфа	37,82±7,07	31,93±7,70*	37,79±4,12	40,69±6,90
	Бета 1	16,76±3,83*	16,73±2,31*	15,67±0,96*	14,06±1,85
	Бета 2	18,30±3,98*	23,42±6,06*	20,19±3,91*	15,81±2,03
Т4	Дельта	12,68±3,04	14,18±3,80	13,66±4,67	13,53±2,45
	Тета	15,18±3,22	16,22±2,36	14,80±2,92	15,46±2,64
	Альфа	36,98±6,76	33,29*±7,83	37,81±7,79	40,50±5,84
	Бета 1	16,42±4,14	16,77*±2,53	15,50±1,51	14,15±1,82
	Бета 2	19,99±6,29	22,48*±4,75	20,61±3,71	17,96±3,59

Примечание.* Достоверно по отношению к показателям в контрольной группе при $p \leq 0,05$. Первая группа - больные с психологической дезадаптацией, вторая группа - больные с напряжением психологической адаптации, третья группа - больные с конструктивной психологической адаптацией, контрольная группа - здоровые люди.

Подводя итог можно сказать, что динамика нейрофизиологических процессов свидетельствовала о более выраженных изменениях в спектре мощности ЭЭГ у лиц с осложненным течением болезни. Особенности спектра мощности ЭЭГ у лиц с осложнениями проявлялись сохраняющимся дисбалансом мощности медленной и быстрой частей спектра, что может свидетельствовать о более выраженном нарушении

функциональной активности мозга, напряжении и истощении функциональных возможностей после операции.

При изучении такого биоэлектрического феномена, как условно негативная волна (УНВ), отражающей корково-подкорковые взаимоотношения, у больных язвенной болезнью по отношению к здоровым людям обнаружен ряд амплитудных и динамических отклонений, регистрируемых обычно при вегетативных нарушениях, которые свидетельствуют о снижении активности энергетических процессов в мозге и нарушении регуляторных влияний корковых фронтальных отделов. Полученные данные свидетельствуют о непосредственном участии ЦНС, включая кору больших полушарий в обеспечение процессов адаптации.

До операции установлена высокая корреляционная зависимость показателей спектра мощности ЭЭГ с изменениями по основным шкалам MMPI психологического профиля. Наиболее выраженная зависимость выявлена между шкалой 6(Pa) ригидности, шкалой 8(Sc) шизофрении и мощностью альфа - ритма. Диагностическим критерием функционального напряжения ЦНС является преобладание в спектре основного профиля MMPI шкал F,2(D),6(Pa),8(Sc),9(Ma),0(Sc). Полученные данные свидетельствуют о необходимости уделять особое внимание лицам с множественными пиками по указанным шкалам. Накануне выписки корреляционная зависимость между показателями основных шкал MMPI и распределением волн в спектре ЭЭГ значительно снижалась и в основном эта зависимость была связана со шкалами 2(D) и 0(Sc). Полученные результаты могут указывать о напряжении процессов адаптации и усилении депрессивных и астенических проявлений. Полученные данные свидетельствуют также об истощении систем адаптации, что ведёт к снижению качества жизни оперированных больных. Полученные данные указывают на необходимость поддерживающей нейропротекторной терапии у лиц с напряжением процессов психологической адаптации. Роль этой поддерживающей терапии возрастает в периоды напряжения.

ГЛАВА 5

НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА.

Многочисленными исследованиями выявлены закономерности гормональных взаимодействий при хирургических заболеваниях. В меньшей степени представлены данные об особенностях нейроэндокринной реакции при развитии осложнений [33,77,127,128]. Известно, что характер гормональной реакции обусловлен предшествующим состоянием и тяжестью вмешательства. Вместе с тем, сведения об индивидуальных особенностях реакции эндокринной системы противоречивы [77,145,158]. Также немногочисленны и противоречивы результаты изучения зависимости психологических особенностей и нейроэндокринной реакции в условиях стресса [67,72].

Для изучения изменений нейроэндокринной системы в ответ на психоэмоциональный стресс и хирургическую травму анализировали изменения ряда так называемых стрессовых гормонов. К ним относят гормоны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, а также трийодтиронин, тироксин, инсулин и другие, действие которых направлено на поддержание гомеостаза и обеспечение адаптации организма к хирургическому стрессу [26,77,127,128,133, 148, 200,209].

Особенности нейрогуморальной регуляции изучены у 157 больных. Лапаротомия, холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни выполнена 68 пациентам, 40 - резекция желудка по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, 49 больным выполнена аппендэктомия по поводу острого аппендицита. Средний возраст оперированных $51,2 \pm 12$ лет, мужчин было 66, женщин - 91. Содержания гормонов сыворотки крови определяли в динамике, до операции, на 1-е и 7-е сутки послеоперационного периода.

Концентрацию кортизола в сыворотке крови определяли радиоиммунным набором РИА-КОРТИЗОЛ-СТ, тироксина и трийодтиронина в сыворотке крови - наборами РИА-Т3-СТ и РИА-Т4-СТ, инсулина - набором РИО-ИНС-ПГ-¹²⁵I, пролактина - набором РИА-ПРОЛАКТИН-ПР. Наборы для определения гормонов произведены институтом биоорганической химии Академии наук Беларуси. Полученные результаты сравнивали с показателями, полученными при обследовании контрольной группы - 20 здоровых людей. Для определения концентрации катехоламинов применяли унифицированный способ определения адреналина (А) и норадреналина (НА) в одной порции мочи по Матлиной Э.Ш.,

Киселевой З.М., Софиевой И.Э.(1965г.). Флуоресценцию определяли на спектрофлуориметре MPF 2A фирмы HITACHI (Япония). Длина волны возбуждения для адреналина и норадреналина 410 нанометров (нм), длина волны испускания для адреналина и норадреналина 520 нанометров. Обследование выполнялось в динамике послеоперационного периода на первые, третьи и пятые сутки после операции.

При изучении уровня гормонов сыворотки крови выявлено, что у больных желчнокаменной болезнью содержание кортизола до операции имело тенденцию к повышению, это можно объяснить наличием патологического процесса и психоэмоциональным стрессом (таблица 16). Уровень кортизола до операции у больных желчнокаменной болезнью, поступивших по экстренным показаниям был равен $728,0 \pm 338,7$ (нмоль/л), и был достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем у больных, поступивших для плановой операции $562,0 \pm 219,2$ (нмоль/литр). При обследовании на 1-е сутки после операции содержание кортизола было повышено до $804,2 \pm 232,3$ (нмоль/л) ($p \leq 0,002$). На 7 сутки после холецистэктомии уровень кортизола оставался выше нормы. Уровень трийодтиронина до операции соответствовал показателям в контрольной группе. На 1-е сутки содержание трийодтиронина имело тенденцию к снижению. На 7-е сутки содержание трийодтиронина было ниже нормы. Содержание тироксина в сыворотке крови у больных желчнокаменной болезнью было повышено до операции и оставалось умеренно повышенным на 1 и 7 сутки после операции.

Уровень пролактина у больных желчнокаменной болезнью до операции имел тенденцию к повышению. На первые сутки после операции содержание пролактина было достоверно повышено до $662,0 \pm 314,3$ мкед/мл, ($p \leq 0,03$), на 7-е сутки после операции концентрация пролактина в сыворотке крови была снижена до $576,1 \pm 488,0$ мкед/мл.

У больных желчнокаменной болезнью уровень инсулина был повышен до оперативного вмешательства до $9,06 \pm 5,17$ мкед/мл (в контрольной группе $2,84 \pm 0,71$ мкед/мл). После операции содержание инсулина снижалось до $5,60 \pm 4,20$ мкед/мл, однако оставалось повышенным по отношению к контрольной группе у 71% больных. На 7 сутки содержание инсулина не отличалось от нормы.

Таким образом, можно говорить о том, что у больных желчнокаменной болезнью уже до оперативного вмешательства отмечен дисбаланс эндокринной реакции. В ответ на операционный стресс в сыворотке крови повышался уровень гормонов коры надпочечников, тироксина и пролактина, умеренно повышался

уровень инсулина и снижался уровень трийодтиронина. На 7-е сутки отмечено снижение уровня гормонов. Содержание кортизола и тироксина оставалось выше, чем в контрольной группе, содержание трийодтиронина было ниже нормы.

Таблица 16

Динамика содержания гормонов сыворотки крови у больных
желчнокаменной болезнью

Гормоны	Контроль	Динамика содержания гормонов в сыворотке крови		
		До операции	1 сутки	7 сутки
Кортизол (нмоль/л) (n=38)	549,8 ± 137,6	624,3 ± 280,0	804,2 ± 232,3*	674,5 ± 189,3*
Трийодтиронин (нмоль/л) (n=29)	1,87 ± 0,83	1,76 ± 1,09	1,43 ± 0,62	1,27 ± 0,64*
Тироксин нмоль/л (n=37)	110,2 ± 28,8	132,6 ± 28,5*	134,0 ± 44,8*	154,9 ± 34,2*
Пролактин (мкед/мл) (n=26)	337,2 ± 363,7	590,9 ± 428,2	662,0 ± 314,3*	576,1 ± 488,0
Инсулин (мкед/мл) (n=19)	2,84 ± 0,71	9,06 ± 5,17*	5,60 ± 4,20	3,02 ± 2,88

Примечание. *Достоверно по отношению к контрольной группе при $p \leq 0,05$.

Изучение индивидуальных профилей гормональной реакции показало их неоднозначный характер. До операции уровень кортизола был повышен у 55% больных. Уровень кортизола был повышен на первые сутки у 89% больных и на 7-е сутки у 75% больных. Уровень трийодтиронина до операции был повышен у 38% больных, на 1-е сутки повышен у 24% больных, на 7-е сутки повышен у 18% больных.

Уровень гормонов при осложненном течении послеоперационного периода и при благоприятном течении отличался. «Типичная» реакция, то есть повышение содержания кортизола с последующим его снижением до нормы на 7 сутки после холецистэктомии при

благоприятном течении послеоперационного периода отмечена в 73% случаев. При осложненном течении «типичная» реакция была лишь у 57% больных. У больных с низким уровнем кортизола до операции осложнения констатированы в 2 раза чаще. У лиц с низким уровнем кортизола в 1-е сутки после операции осложнения отмечены у 53% больных. У лиц с благоприятным течением послеоперационного периода уровень трийодтиронина уже в первые сутки после операции был достоверно выше, чем при развитии осложнений (пневмония, нагноение раны). На 7-е сутки после операции уровень трийодтиронина у больных с благоприятным течением послеоперационного периода ($1,50 \pm 0,65$ нмоль/л) был выше, чем при развитии осложнений ($1,23 \pm 0,41$ нмоль/л) ($p \leq 0,1$). Высокий уровень пролактина при выписке сохранялся только при осложненном течении послеоперационного периода. В группе больных с осложнениями в послеоперационном периоде отмечены достоверно более низкие цифры инсулина на 1-е сутки и повышение уровня инсулина на 10-е сутки после операции.

Таблица 17

Корреляционная зависимость показателей теста ММРІ и кортизола сыворотки крови.

Шкалы ММРІ	Кортизол (n=20)			
	До операции	1-е сутки	5-е сутки	10-е сутки
1(Hs)	r=0,06	r=-0,19	r=0,53*	r=0,30
2(D)	r=0,12	r=-0,81*	r=0,55**	r=0,20
3(Hy)	r=0,14	r=-0,37	r=0,39	r=0,49**
4(Pd)	r=0,48**	r=0,13	r=0,24	r=0,09
5(Mf)	r=0,06	r=0,80*	r=0,30	r=-0,32
6(Pa)	r=0,30*	r=0,20	r=0,43*	r=-0,01
7(Pt)	r=0,24	r=-0,17	r=0,74**	r=0,27
8(Sc)	r=0,34*	r=0,02	r=0,64**	r=0,33*
9(Ma)	r=0,41**	r=0,76*	r=-0,01	r=0,33*
0(Si)	r=0,20	r=-0,20	r=0,63**	r=-0,08

Примечание. ** Достоверно при $p \leq 0,05$. * Достоверно при $p \leq 0,1$

При изучении корреляционной зависимости уровня кортизола и показателей основных шкал профиля ММРІ (таблица 17) установлено, что до операции и на пятые сутки после операции зависимость имела

более выраженный характер. Степень корреляционной зависимости снижалась в первые сутки после операции, то есть в период большего напряжения систем адаптации. При изучении корреляционной зависимости между показателями шкал ММРІ и уровнем кортизола сыворотки крови у больных с благоприятным течением послеоперационного периода отмечена положительная зависимость со шкалами 4(Pd) $r=0,342$, 6(Pa) $r=0,256$, 7(Pt) $r=0,273$, 8(Sc) $r=0,252$, и 0(Si) $r=0,351$. У лиц с осложнениями между показателями шкал ММРІ и уровнем кортизола сыворотки крови достоверной корреляционной зависимости выявлено не было.

При изучении зависимости показателей основных шкал ММРІ и уровня трийодтиронина так же, как и для кортизола установлено, что наиболее выраженная корреляционная связь имела место до операции и в пятые сутки после операции (таблица 18). До операции отмечена зависимость трийодтиронина со шкалами 6(Pa) $r=0,44$ и 8(Sc) $r=0,44$, что указывало о связи уровня трийодтиронина с негативизмом и нерациональным решением проблем. На пятые сутки отмечена зависимость со шкалами 4(Pd) $r=0,55$, 6(Pa) $r=0,51$, 8(Sc) $r=0,52$ и 9(Ma) $r=0,63$, что указывало также на повышение стеничности и оптимистичности.

Таблица 18

Корреляционная зависимость показателей теста ММРІ и
трийодтиронина сыворотки крови.

Шкалы ММРІ	Трийодтиронин (n = 16)			
	До операции	1-е сутки	5-е сутки	10-е сутки
1(Hs)	$r=-0,11$	$r=0,78$	$r=-0,03$	$r=-0,18$
2(D)	$r=-0,22$	$r=0,82$	$r=-0,28$	$r=-0,57^{**}$
3(Hy)	$r=0,01$	$r=0,63$	$r=0,04$	$r=-0,17$
4(Pd)	$r=-0,05$	$r=0,49$	$r=0,55^{**}$	$r=0,12$
5(Mf)	$r=0,35^{*}$	$r=0,53$	$r=0,14$	$r=0,13$
6(Pa)	$r=0,44^{**}$	$r=0,23$	$r=0,51^{**}$	$r=0,38^{*}$
7(Pt)	$r=0,28$	$r=0,66$	$r=0,19$	$r=-0,41^{*}$
8(Sc)	$r=0,44^{**}$	$r=0,89^{*}$	$r=0,52^{**}$	$r=0,20$
9(Ma)	$r=0,31$	$r=0,19$	$r=0,63^{**}$	$r=0,22$
0(Si)	$r=0,04$	$r=0,09$	$r=-0,18$	$r=-0,27$

Примечание. ** Достоверно при $p \leq 0,05$. * Достоверно при $p \leq 0,1$

Для оценки степени адаптации организма в условиях стресса целесообразно использовать показатели активности симпатико-адреналовой системы (САС) [128]. Известно о существовании зависимости секреторной активности симпатико-адреналовой системы от личностных характеристик субъекта и его актуального психического состояния [12]. Установлено, что увеличение экскреции адреналина и повышение его содержания в моче и крови отмечено при психоэмоциональных стрессах ожидания, избегания и тревоги, что коррелирует с частотой поражения сердечно-сосудистой системы и другими нарушениями [74,128].

Корреляционный анализ психологических и физиологических характеристик позволяет провести анализ многоуровневого психофизиологического регулирования [71]. Выявлено, что имеется корреляционная зависимость средней силы между показателями экскреции адреналина и показателями шкал MMPI 1(Hs), 7(Pt), 9(Ma). Между уровнем экскреции норадреналина и шкалами MMPI зависимость имела более выраженный характер в первые и третьи сутки после операции, на пятые сутки зависимость снижалась.

Показатели экскреции катехоламинов анализированы в трех группах больных, выделенных в зависимости от числа шкал с пиками более 70Т баллов в основном профиле MMPI. В первую группу (n=7) вошли больные с пиками более чем по 5 шкалам профиля MMPI, во вторую группу (n=14) вошли больные с пиками по 1-5 шкалам. Третью группу (n=14) составили больные с профилем MMPI ниже 70 Т баллов.

«Типичная» реакция САС была у 2 из 7 больных первой группы, у 3 из 14 больных второй группы и у 6 из 14 больных третьей группы. Между количеством больных с типичной реакцией САС во второй и третьей группе различия были достоверны ($p \leq 0,05$).

Как видно из таблицы 19, показатели экскреции адреналина и норадреналина в группах с разным уровнем напряжения психологической адаптации отличались. В первой группе уровень экскреции адреналина и норадреналина накануне выписки был достоверно ниже нормы и ниже, чем у больных в третьей группе ($p \leq 0,05$). Это свидетельствовало о большей истощаемости и низком уровне резервов адаптации у лиц с психологической дезадаптацией. У больных второй группы был отмечен более низкий уровень экскреции норадреналина по отношению к больным третьей группы на третьи сутки после операции ($p \leq 0,05$) и по отношению к контрольной группе накануне выписки ($p \leq 0,05$).

Осложненное течение послеоперационного периода сопровождалось продолжительной высокой активностью САС, что

проявлялось длительным повышением экскреции адреналина. При осложненном течении послеоперационного периода у больных преобладали процессы психологической дезадаптации. По данным экскреции адреналина и норадреналина в послеоперационном периоде происходили неоднозначные изменения активности симпатико-адреналовой системы. Типичный вариант реакции САС являлся преобладающим у лиц с конструктивной психологической адаптацией. Нелинейный характер реакции САС свидетельствовал о напряжении процессов адаптации.

На основании полученных данных можно говорить, что у больных желчнокаменной болезнью уже до оперативного вмешательства существует дисбаланс эндокринной реакции. В ответ на операционный стресс происходит повышение уровня гормонов коры и мозгового слоя надпочечников, тироксина и пролактина, умеренное повышение инсулина и снижается уровень трийодтиронина. На 7-е сутки уровень кортизола сыворотки крови снижается, но остается выше нормы. Уровень трийодтиронина на 7е сутки после операции остаётся ниже нормы.

Таблица 19

Динамика экскреции адреналина и норадреналина после аппендэктомии в группах с разным уровнем напряжения психологической адаптации

Показатели	Срок обследования	Группы сравнения			
		Контроль (n=24)	Первая (n=7)	Вторая (n=14)	Третья (n=14)
Адреналин (ммоль/сутки)		49,5±12,6			
	1 сутки		95,2±46,8*	95,6±69,4*	101,4±70,7*
	3 сутки		64, 5±46,2	65,6±40,0	56,9±31,5
	5 сутки		30,1±15,5*	60,1±38,1	46,4±27,0
Норадреналин (ммоль/сутки)		244,3 ±66,8			
	1 сутки		301,5±143,0	408,4±202,8*	611,8±374,2*
	3 сутки		452,1±471,9*	175,1±131,5	324,9±143,7*
	5 сутки		169,3±97,9*	159,5±88,0*	287,8±315,2

Примечание. * Достоверно по отношению к контролю при $p \leq 0,05$.

Изучение индивидуальных профилей гормональной реакции показало их неоднозначный характер. Наряду с активацией

гипофизарно-адреналовой системы, снижением уровня трийодтиронина при операционном стрессе существуют другие варианты гормональной реакции. Эти варианты реакции разнообразны в своих проявлениях. При «типичной» гормональной реакции преобладало благоприятное течение послеоперационного периода, при дисбалансе гормональной реакции частота послеоперационных осложнений у больных возрастала. При осложненном течении заболевания «типичная» реакция нейроэндокринной системы выявлена лишь у 57% больных.

Установлена корреляционная зависимость между уровнем кортизола, трийодтиронина, уровнем экскреции адреналина, норадреналина и величиной основных шкал профиля MMPI. У больных с благоприятным течением послеоперационного периода отмечена положительная зависимость со шкалами 4(Pd) $r=0,342$, 6(Pa) $r=0,256$, 7(Pt) $r=0,273$, 8(Sc) $r=0,252$, и 0(Si) $r=0,351$. У лиц с осложнениями между показателями шкал MMPI и уровнем кортизола сыворотки крови достоверной корреляционной зависимости выявлено не было.

До операции и на пятые сутки после операции корреляционная зависимость между показателями шкал MMPI и уровнем гормонов имела выраженный характер. Низкая корреляционная зависимость установлена в первые сутки после операции, то есть в период большего напряжения систем адаптации и на десятые сутки после операции, что может быть объяснено напряжением процессов психологической адаптации.

В группе больных с высоким профилем MMPI уровень экскреции адреналина и норадреналина накануне выписки был достоверно ниже нормы и ниже, чем у больных в группе с равномерным психологическим профилем без выраженных пиков по основным шкалам. Это свидетельствовало о большей истощаемости и низкой резистентности у лиц с психологической дезадаптацией. При напряжении процессов психологической адаптации на 5-е сутки выявлен дисбаланс с повышением уровня адреналина и снижением норадреналина. У больных с конструктивной психологической адаптацией типичный вариант реакции симпатико-адреналовой системы был преобладающим.

Таким образом, для нейроэндокринной системы в условиях операционного стресса также установлен нелинейный характер реакции во взаимодействии ее с другими системами адаптации. Сохраняющееся напряжение во взаимодействии систем адаптации, несмотря на клинически благоприятный характер течения

послеоперационного периода, обосновывает необходимость проведения реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

ГЛАВА 6

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Многочисленными исследованиями установлена важная роль иммунологической реактивности в обеспечении благоприятного исхода заболевания. В условиях экстремальных воздействий даже незначительные признаки дисбаланса иммунной системы ведут к снижению устойчивости организма [31,46,79,80]. Любая хирургическая операция, наркоз вызывают изменения состояния иммунной системы разной степени выраженности. При развитии хирургической инфекции определяются изменение функциональной активности элементов иммунобиологической защиты и дисбаланс основных элементов иммунной системы [46,80].

Показатели иммунитета изучены в динамике у 28 больных. Изучали количество лимфоцитов, экспрессирующих CD2 рецептор в том числе при различных температурных режимах для выявления субпопуляций с хелперной и супрессорно-цитотоксической активностью и уровень Т активных лимфоцитов в Е-РОК [80].

Определяли состояние метаболической активности нейтрофилов в спонтанном (НСТсп) и стимулированном (НСТст) тесте восстановления нитротетразолиевого синего («Sigma»). В качестве стимулятора использовали культуру *S. aureus*, убитой нагреванием, в концентрации 1млрд. микробных тел в 1 мл.[80]. Наличие циркулирующих иммунных комплексов антиген-антитело (ЦИК) в циркулирующей крови определяли на спектрофотометре по V. Haskova et al. (1978) [80]. Концентрацию иммуноглобулинов основных классов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле (РИД) по G. Mancini et al.(1965) [80].

По результатам анализа показателей клеточного иммунитета у больных язвенной болезнью и хроническим холециститом до оперативного вмешательства выявлено достоверное снижение

количества Т-экспрессирующих (CD2) лимфоцитов в большей степени за счет Т - лимфоцитов с хелперной активностью (таблица 20). Отмечена тенденция к снижению Т - лимфоцитов с супрессорно-цитотоксической активностью. Уровень Т - лимфоцитов активных в обеих группах был повышен. Выявлено снижение соотношения Т-общих лимфоцитов к Т- активным. Достоверных различий по указанным показателям в обеих группах больных выявлено не было.

Таблица 20

Количество Т-лимфоцитов у больных хроническим холециститом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до операции

Клинические группы	Показатели клеточного иммунитета					
	Т общие	Т-активные	Т ₀ /Т _а	Т-хелперы	Т-супрессоры	Тх/Тс
Хронический холецистит (n=16)	56,75±8,37*	33,38±7,39*	1,77±0,40*	35,94±4,31*	20,81±6,91	1,92±0,81
Язвенная болезнь (n=12)	55,08±7,01*	33,42±7,00*	1,68±0,35*	33,58±6,46*	20,58±5,00	1,74±0,61
Контрольная группа (n=10)	63,00±2,99	26,00±3,36	2,46±0,33	41,80±4,89	22,40±2,88	1,89±0,30

Примечание. *Достоверно по отношению к показателям в контрольной группе при $p \leq 0,05$.

При изучении показателей фагоцитоза до операции отмечено повышение бактерицидной активности нейтрофилов в НСТ сп материале до $26,33 \pm 10,54\%$ ($p \leq 0,05$). При выписке уровень бактерицидной активности нейтрофилов в НСТ сп материале оставался повышенным до $22,67 \pm 12,44\%$.

При оценке гуморального иммунитета у больных хроническим холециститом отмечено повышение IgG до $13,96 \pm 2,88$ г/л ($p \leq 0,05$), и IgA до $3,77 \pm 2,06$ г/л ($p \leq 0,05$). Отмечена тенденция к повышению IgM до $2,0 \pm 0,98$ г/л ($p \leq 0,1$). У больных язвенной болезнью, напротив, выявлена тенденция к снижению уровня иммуноглобулинов Ig M до

1,00±0,28г/л, что связано, вероятно, с подавлением гуморального иммунитета и обусловлено особенностями патологического процесса.

Таким образом, до операции выявлены изменения во всех звеньях иммунитета. Степень выраженности изменений была неоднозначной. У 29,2% больных отмечено снижение отдельных звеньев клеточного иммунитета, снижение гуморального иммунитета отмечено у 7% больных, снижение фагоцитоза было у 8%.

Известно, что в результате стрессового воздействия отмечаются изменения показателей всех параметров иммунной системы. Длительность указанных изменений варьирует от 7 до 28 дней [46]. При обследовании на 10-е сутки после холецистэктомии количество Т - активных лимфоцитов оставалось достоверно повышенным до 37,08±8,01% ($p \leq 0,05$). Оставалось сниженным и соотношение Т-общих и Т - активных лимфоцитов до 1,72±0,38 ($p \leq 0,05$), что обусловлено сохраняющимся напряжением в системе иммунной защиты. Бактерицидная активность нейтрофилов в НСТ - сп была снижена до 22,67±12,44% ($p \leq 0,05$), но, по-прежнему, была выше, чем в контрольной группе. Уровень иммуноглобулинов достоверно от нормы не отличался. У больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки соотношение Т - общих и Т - активных лимфоцитов оставалось сниженным.

Таблица 21

Показатели клеточного иммунитета у больных желчнокаменной болезнью до и после операции при благополучном и осложнённом течении послеоперационного периода.

Показатели клеточного иммунитета	До операции		10-е сутки после операции	
	Без осложнений (n=11)	Осложнения (n=4)	Без осложнений (n=11)	Осложнения (n=4)
Т общие	57,61±7,31*	46,50±4,93*	59,60±10,64	60,86±7,58
Т- активные	33,33±7,11*	28,75±9,22	37,53±8,20*	33,29±5,22*
То/Та	1,76±0,36*	1,95±1,06	1,67±0,43*	1,95±0,46*
Т- хелперы	36,72±4,34*	27,50±6,45*	36,20±8,64	39,29±8,96
Т- супрессоры	20,33±6,59	19,00±4,76	22,00±5,44	21,57±4,54
Тх/Тс	2,16±0,77	1,95±0,78	1,82±0,72	1,81±0,84

Примечание. *Достоверно по отношению к показателям в контрольной группе при $p \leq 0,05$

При анализе иммунограммы больных с гнойно-воспалительными осложнениями со стороны операционной раны (таблица 21) как до операции, так и на 10-е сутки после операции выявлено достоверное снижение активности клеточного иммунитета, и по отношению к контрольной группе и к показателям у лиц с благоприятным течением послеоперационного периода.

Оценка индивидуальных профилей иммунограммы при гнойно - воспалительных осложнениях позволила выявить снижение клеточного иммунитета у 32% больных, уровень иммуноглобулинов был снижен у 22% больных, показатели фагоцитоза были снижены у 46% больных.

Иммунная система функционирует в тесной взаимосвязи с другими системами организма. Известно, что длительное повышение уровня стресс-гормонов, длительные психоэмоциональные нагрузки обуславливают снижение показателей гуморального и клеточного иммунитета [34]. Результаты анализа корреляционной зависимости показателей теста ММРІ и показателей клеточного иммунитета после операции представлены в таблице 22. Из таблицы видно, что в наибольшей степени выражена связь между уровнем тревоги и показателями клеточного иммунитета.

Выявлена высокая корреляционная зависимость между показателями клеточного иммунитета и шкалой L, что, как показано выше, также отражают степень напряжения психологической адаптации. При обследовании на 10-е сутки после операции выявлены высокая положительная корреляционная зависимость между содержанием Т лимфоцитов с супрессорно-цитотоксической активностью и шкалой интроверсии (Si) ($r=+0,73$) ($p\leq 0,05$), а также между количеством циркулирующих иммунных комплексов и показателями шкалы b(Pa) ($r=+0,87$) ($p\leq 0,05$). Выявлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем Т-активных лейкоцитов, показателями по шкале (L) ($r=-0,82$) ($p\leq 0,05$), а также отрицательная корреляционная зависимость между уровнем Т - лимфоцитов с хелперной активностью и показателями шкалы 7(Pt) тревоги.

Выполнен сравнительный анализ показателей иммунитета у больных с различными характеристиками психологического состояния. По показателям теста ММРІ больные разделены на 2 группы. Первую группу составили лица с пиками по шкалам ММРІ превышающим 70 Т баллов. Во вторую группу вошли пациенты с равномерным профилем ММРІ не более 65Т баллов. У лиц с равномерным профилем ММРІ до операции отмечено достоверное по отношению к больным с высоким профилем ММРІ повышение

бактерицидной активности нейтрофилов в НСТсм материале до $63,3 \pm 7,76\%$ ($p \leq 0,05$). При оценке показателей иммунитета у больных с выраженной депрессией и тревогой, как видно из таблицы 23, до операции было отмечено достоверное снижение Т общих лимфоцитов и Т лимфоцитов с хелперной активностью.

Таблица 22

Корреляционная зависимость показателей теста ММРІ и показателей клеточного иммунитета после операции (n=11)

	TL_I	TLA_I	TI_/TAI	T_L_H_I	T_L_S_I	THI_/TSI
L	-0,09	-0,82**	0,73**	0,17	0,32**	-0,05
F	-0,15	0,03	-0,03	-0,34	-0,01	-0,22
K	-0,39	-0,50	0,23	-0,28	0,27	-0,41
1(Hs)	-0,33	-0,40	0,19	-0,30	0,17	-0,37
2(D)	-0,11	-0,44	0,44	-0,14	0,24	-0,24
3(Hy)	-0,50	-0,38	0,09	-0,53*	0,18	-0,55*
4(Pd)	-0,47	-0,13	-0,21	-0,42	-0,13	-0,30
5(Mf)	-0,68**	0,19	-0,69**	-0,56	-0,57*	-0,24
6(Pa)	-0,17	-0,37	0,33	-0,26	0,21	-0,28
7(Pt)	-0,51*	-0,15	-0,11	-0,75**	0,23	-0,71**
8(Sc)	-0,26	-0,10	0,06	-0,66*	0,48	-0,74**
9(Ma)	0,14	0,10	-0,01	0,17	-0,17	0,28
0(Si)	0,41	-0,15	0,57*	-0,02	0,73**	-0,28

Примечание. ** Достоверно при $p \leq 0,05$. * Достоверно при $p \leq 0,1$

Таким образом, до операции у больных язвенной болезнью и желчнокаменной болезнью выявлены изменения клеточного иммунитета, гуморального иммунитета и снижение фагоцитоза. Выраженность указанных изменений была неоднозначной. У 29,2% больных отмечено снижение отдельных показателей клеточного иммунитета, что проявлялось снижением функциональной активности Т клеточного звена иммунитета или дисбалансом субпопуляций Т

лимфоцитов. Отмечено снижение гуморального иммунитета и снижение фагоцитоза. Полученные данные подтверждают неоднозначный характер иммунных сдвигов с явлениями дисбаланса иммунного состояния и иммунодефицита уже до операции.

На 10-е сутки после операции по результатам анализа индивидуальных иммунограмм снижение клеточного иммунитета выявлено у 32% больных, уровень иммуноглобулинов был снижен у 22% больных. Показатели фагоцитоза были снижены у 46% больных. У больных с гнойно-воспалительными осложнениями со стороны операционной раны выявлено достоверное снижение активности показателей клеточного иммунитета, по отношению к тем же показателям у лиц с благоприятным течением послеоперационного периода.

Таблица 23.

Показатели клеточного иммунитета до операции у больных с высоким уровнем тревоги, депрессии и ипохондрии.

Показатели клеточного иммунитета	Клинические группы			
	Контрольная группа (n=11)	Ипохондрия (n=9)	Депрессия (n=11)	Тревога(n=7)
Т общие	63,0±2,9	59,2±9,7	57,1±7,3*	58,0± 5,0*
Т- активные	26,0±3,4	36,6±7,4*	34,3±6,5*	32±6,3*
То/Та	2,46±0,30	1,67±0,37*	1,72± 0,38*	1,88±0,40*
Т- хелперы	41,8±4,9	36,2±7,2	33,8±6,1*	35,8±5,4*
Т- супрессоры	22,4±2,9	23,0±7,4	22,4±5,6	22,2±5,5
Тх/Тс	1,90±0,30	1,73±0,73	1,62±0,60	1,72±0,67

Примечание. *Достоверно по отношению к показателям в контрольной группе при $p \leq 0,05$

Полученные данные объективно указывают на зависимость между психологическим состоянием больного и его иммунологическими показателями. У лиц с равномерным профилем ММРІ отмечено достоверное по отношению к больным с высоким профилем ММРІ повышение бактерицидной активности нейтрофилов. У больных с выраженной депрессией и тревогой отмечено достоверное снижение Т-общих лимфоцитов и Т лимфоцитов с хелперной активностью. Дестабилизированное состояние психологической адаптации сочеталось с напряжением в системе

иммунитета, что является прогностически неблагоприятным. Результаты исследований подтверждают возможность определения больных с напряжением психологической адаптации и дезадаптации в группу риска по развитию осложнений послеоперационного периода.

ГЛАВА 7

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Больные с разной степенью психологической адаптации отличались особенностями клинического течения заболевания. При психологической дезадаптации установлено нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы. Уровень артериального давления (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) наряду с показателями вариабельности сердечного ритма можно рассматривать как вегетативные корреляты стресса [13]. Уровень артериального давления коррелирует с эмоциональным напряжением, тревогой, индивидуальным типом реакции на фрустрирующую ситуацию [3]. Предоперационная подготовка и оперативное вмешательство выполняются в условиях высокого напряжения регуляторных систем. Для профилактики гипоксических и ишемических повреждений необходимо уточнение патогенетических механизмов формирования гемодинамических нарушений.

У 71 больного, оперированного по поводу желчнокаменной болезни, в динамике изучены показатели ЧСС, систолического АД, диастолического АД. Средний возраст больных был равен $43,4 \pm 11,5$ лет. Операция была выполнена традиционным открытым способом.

Показатели гемодинамики до операции и в первые сутки после операции у больных с разными типами психологической адаптации представлены в таблице 24. До операции частота сердечных сокращений у больных с психологической дезадаптацией была достоверно выше, чем при напряжении психологической адаптации и при конструктивной адаптации. При анализе индивидуальных показателей установлено, что у больных с психологической дезадаптацией частота сердечных сокращений более 80 ударов в минуту до операции была у 9 больных (35%), а в группе с

конструктивной адаптацией – тахикардия была у 16% больных. Вместе с тем у 18% больных второй группы, напротив, наблюдалась брадикардия.

Повышение систолического АД более 140 мм.рт.ст. отмечено у 35% больных первой группы. В третьей группе мы не наблюдали повышения АД более 140 мм.рт.ст. Уровень диастолического артериального давления у больных с психологической дезадаптацией был достоверно выше, чем у лиц с конструктивной адаптацией и напряжением психологической адаптации.

Таблица 24

Показатели пульса и артериального давления у больных желчнокаменной болезнью в клинико-психологических группах

Показатели гемодинамики	Сроки обследования	Клинико-психологические группы		
		1-я группа (n=26)	2-я группа (n=30)	3-я группа (n=15)
ЧСС	День поступления	76,4±8,1	80,7±7,5	78,4±6,8
АД сист.		137,0±18,5	128,8±15,1	130,6±8,1
АД диаст.		87,6±14,7	77,5±5,8*	75,6±9,6*
ЧСС	1-е сутки	88,6±10,8	86,6±9,2	85,4±10,0
АД сист.		128,3±12,9	121,4±13,6	116,5±5,3*
АД диаст.		77,3±8,0	78,2±8,7	75,0±10,8

Примечание.* Достоверно по отношению к показателям в первой группе при $p \leq 0,05$. Первая группа – больные с психологической дезадаптацией, вторая группа – больные с напряжением психологической адаптации, третья группа – больные с конструктивной психологической адаптацией, контрольная группа – здоровые люди.

Наиболее эффективными результаты предоперационной подготовки были в группе с конструктивной психологической адаптацией. Несмотря на интенсивную подготовку к операции у 31% больных в группе с психологической дезадаптацией накануне операции систолическое АД оставалось повышенным более чем до 140 мм.рт.ст.

При обследовании в первые сутки после операции у больных с напряжением психологической адаптации и при дезадаптацией наблюдалась тенденция к снижению систолического АД по отношению к исходным данным. У больных с конструктивной психологической адаптацией отмечено достоверное снижение

систолического АД по отношению к исходным данным ($p \leq 0,05$) и по отношению к показателям систолического давления у больных с психологической дезадаптацией ($p \leq 0,05$).

Таким образом, сравнительный межгрупповой анализ исходных гемодинамических показателей в группах свидетельствовал, что у пациентов с явлениями психологической дезадаптации при поступлении имеется достоверное по отношению к больным с конструктивной адаптацией напряжение процессов регуляции гемодинамических показателей. Это проявлялось повышением систолического и диастолического артериального давления. Показатели частоты сердечных сокращений имели разнонаправленный характер, что проявлялось как тахикардией, так и брадикардией. При подготовке к операции и в первые сутки после оперативного вмешательства у лиц с конструктивной психологической адаптацией изменения гемодинамики носили более благоприятный характер.

Биохимические показатели сыворотки крови отражают состояние метаболических процессов организма [72]. Изучение их в динамике позволяет оценить степень адаптации в новых условиях функционирования. Биохимические показатели изучены в динамике у 93 больных. По поводу желчнокаменной болезни оперировано 67 больных. По поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки оперировано 26 больных. Анализ биохимических показателей выполнен в выделенных клинико-психологических группах. Изучали содержание в сыворотке крови мочевины, общего белка, глюкозы, электролитов калия и натрия. Исследования выполнены до операции, в первые сутки после операции и на 5-7 сутки после оперативного вмешательства.

До операции биохимические показатели у больных с разной степенью психологической адаптации находились в пределах физиологической нормы и достоверно между собой не отличались. Так, в группе больных с психологической дезадаптацией уровень мочевины в сыворотке крови был равен $5,93 \pm 1,69$ ммоль/литр, уровень глюкозы был равен $5,23 \pm 1,22$ ммоль/литр, общий белок составлял $71,24 \pm 7,28$ г/литр. Содержание калия в сыворотке крови было равно $4,53 \pm 0,38$ ммоль/л, а содержание натрия было равно $152,85 \pm 7,97$ ммоль/л.

В первые сутки после операции, как видно из таблицы 25, между показателями в группах больных с разной степенью психологической адаптации имелись отличительные особенности. У лиц с напряжением психологической адаптации уровень глюкозы сыворотки крови был выше, чем у больных с психологической

дезадаптацией ($p \leq 0,05$) и меньше, чем у больных с конструктивной адаптацией ($p \leq 0,05$). Общий белок сыворотки крови у лиц с конструктивной адаптацией был выше, чем у больных с напряжением психологической адаптации ($p \leq 0,05$). Достоверное снижение содержания общего белка сыворотки крови в динамике отмечено только у больных с напряжением психологической адаптации ($p \leq 0,05$).

Таблица 25

Биохимические показатели и электролиты сыворотки крови в первые сутки после операции

Группы сравнения	Биохимические показатели и электролиты сыворотки крови				
	Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Общий белок (г/л)	Калий (ммоль/л)	Натрий (ммоль/л)
Психологическая дезадаптация (n=18)	5,31±1,62	6,01±1,45*	63,78±18,46	4,28±0,5	138,19±4,26
Напряжение адаптации (n=23)	5,99±1,91	7,26±1,43	64,61±5,41	4,65±0,68	140,58±4,87
Конструктивная адаптация (n=15)	4,79±2,04	5,56±1,22*	70,5±8,86*	4,66±0,67	138,91±4,13

Примечание: * Достоверно при $p \leq 0,05$ по отношению к показателям у больных с напряжением психологической адаптации.

На 7-е сутки после операции при благоприятном течении послеоперационного периода уровень мочевины сыворотки крови в группах обследованных больных был равен 6,86±3,11 ммоль/литр, содержание глюкозы сыворотки крови было равно 5,2±1,11 ммоль/литр, содержание общего белка в крови повышалось до 72,07±7,71 г/литр.

Полученные результаты позволили сделать заключение, что течение метаболических процессов у лиц с напряжением психологической адаптации в результате операционного стресса, сопровождается более выраженными изменениями по отношению к больным с конструктивной адаптацией и психологической дезадаптацией. Можно говорить, что течение заболевания в группе с

напряжением психологической адаптации протекает с напряжением метаболических процессов.

У 77 больных, оперированных на органах брюшной полости по поводу хронического холецистита и язвенной болезни, анализированы показатели коагулограммы и особенности психологического состояния по данным теста MMPI.

До операции выявлена отрицательная корреляционная зависимость между показателями протромбинового индекса и показателями по шкале депрессии 2(D) ($r=-0,49$) ($p\leq 0,05$), шкале тревоги 7 (Pt) ($r=-0,64$) ($p\leq 0,05$), шкале шизофрении 8 (Sc) ($r=-0,45$) ($p\leq 0,05$) и шкале социальной интроверсии 0 (Si) ($r=-0,53$) ($p\leq 0,05$). В первые сутки после операции выявлена отрицательная корреляционная зависимость между показателями шкалы тревоги до операции уровнем фибрина ($r=-0,69$) ($p\leq 0,05$) и фибриногена ($r=-0,7$) ($p\leq 0,05$), отрицательная зависимость между шкалой паранойи 6 (Pa) и уровнем гематокрита ($r=-0,88$) ($p\leq 0,05$). На 10-е сутки выявлена положительная зависимость между уровнем активированного каолинового времени показателями оценочной шкалы F ($r=+0,93$) ($p\leq 0,05$) и шкалы депрессии 2(D) ($r=+0,9$) ($p\leq 0,05$). Положительная зависимость выявлена между показателями шкалы социальной интроверсии 0 (Si) и уровнем фибриногена ($r=+0,81$) ($p\leq 0,05$). В эти же сроки выявлена положительная зависимость между показателями гематокрита и показателями шкалы тревоги 7 (Pt) ($r=+0,66$) ($p\leq 0,05$).

При анализе показателей коагулограммы до операции установлено, что у лиц с конструктивной психологической адаптацией по отношению к больным с напряжением адаптации и при дезадаптации гиперкоагуляция выражена в меньшей степени. При выписке из стационара достоверных различий показателей коагулограммы в группах больных с разной степенью психологической адаптации выявлено не было. При анализе индивидуальных показателей, у лиц с конструктивной психологической адаптацией в динамике отмечена умеренная гиперкоагуляция с тенденцией к нормализации на 10-е сутки. При напряжении психологической адаптации изменения носили более сложный и неоднозначный характер.

Важную роль в ответной реакции организма на предъявляемые воздействия играет вегетативная регуляция. В связи с этим представляется важным изучение количественных показателей вегетативной реакции в динамике. [5].

Анализ показателей сердечного ритма выполнен в динамике, до операции и на 10-11 сутки после оперативного вмешательства. Исследование проводили посредством записи 300 последовательных кардиоинтервалов с последующим цифровым преобразованием данных и компьютерной обработкой полученных результатов при помощи специальных программ. Вторую серию исследования выполняли при положении больного сидя. Анализировали гистограмму распределения кардиоинтервалов и динамику спектра мощности сердечного ритма.

При интерпретации показателей спектра мощности сердечного ритма средняя мощность высокочастотных колебаний (P3) рассматривалась, как показатель, отражающий активность автономных парасимпатических механизмов. Значения мощности среднечастотного диапазона (P2) использовали как показатель симпатических влияний, активность медленной составляющей ритма (P1) отражала активность надсегментарных образований, в первую очередь диэнцефального и коркового уровней с включением механизмов эрготропной направленности [10].

Анализ гистограмм распределения кардиоинтервалов до операции позволил установить дисбаланс симпатических и парасимпатических механизмов регуляции у 31% больных, что проявлялось нарушением характерной для широкого диапазона физиологических состояний обратной зависимости частоты сердечных сокращений и дисперсии кардиоинтервалов [5].

Известно о параллелизме устойчивости эмоциональной и вегетативной сфер [71]. У 25 больных язвенной болезнью в группах с разной степенью психологической адаптации в динамике выполнен сравнительный анализ показателей variability сердечного ритма. (рисунок 10). Первую группу (n=9) составляли лица с психологической дезадаптацией, напряжение процессов психологической адаптации было у 9 больных. Конструктивная адаптация была у 7 больных. В группах с психологической дезадаптацией и напряжением адаптации мощность спектра была ниже, чем в контрольной группе ($p \leq 0,05$). Изучение динамики спектра мощности сердечного ритма при психологической дезадаптации позволило установить преобладание в покое парасимпатической регуляции.



Рис. 10. Структура спектра мощности сердечного ритма при различных вариантах психологической адаптации

P1, P2, P3- частотные диапазоны спектра мощности сердечного ритма в положении лежа и во время и после ортостатической нагрузки. 1,2,3- группы сравнения (психологическая дезадаптация, напряжение психологической адаптации, конструктивная психологическая адаптация).

После ортостатической нагрузки отмечено перераспределение регуляторных процессов с активацией симпатической части спектра. Это свидетельствовало о линейной зависимости процессов адаптации у данной группы больных и снижении у них энергетических возможностей. У больных с напряжением психологической адаптации в покое выявлен дисбаланс регуляторных процессов с некоторым преобладанием центральных механизмов регуляции. После ортостатической нагрузки мощность спектра сердечного ритма возрастала, однако дисбаланс регуляторных процессов с некоторым преобладанием центральных механизмов регуляции сохранялся. Централизация управления сердечным ритмом, отражает более выраженное напряжение регуляторных процессов с включением диэнцефального и коркового уровней [5,32]. Таким образом, полученные данные подтверждали высокую степень напряжения

регуляторных процессов у больных с напряжением психологической адаптации.

При конструктивной психологической адаптации выявлено снижение мощности высокочастотных колебаний спектра P3 сердечного ритма в покое по отношению к контрольной группе ($p \leq 0,05$). По другим диапазонам спектра достоверных различий выявлено не было. После ортостатической нагрузки выявлено достоверное повышение мощности среднечастотного диапазона спектра (P2), отражающего симпатические влияния ($p \leq 0,05$). У больных с конструктивной психологической адаптацией преобладали парасимпатические механизмы регуляции.

Обращает на себя внимание отсутствие изменений частоты сердечных сокращений (ЧСС) после ортостатической нагрузки у больных с состоянием психологической дезадаптации, что свидетельствовало о высокой степени напряжения адаптивных процессов и снижении компенсаторных возможностей у больных этой группы.

Высокий индекс напряжения и низкий вариационный размах отражают соотношение симпатических и парасимпатических влияний в регуляции сердечного ритма и указывают на выраженное преобладание симпатических влияний при напряжении адаптационных процессов [12]. Незначительные изменения указанных показателей после ортостатической нагрузки указывали на низкие функциональные возможности и истощение энергетических процессов. Наименьшее повышение индекса напряжения, составлявшее только 57% от показателей у больных в группе с конструктивной психологической адаптацией было отмечено у больных с напряжением психологической адаптации. Изменение индекса напряжения после ортостатической нагрузки у лиц с конструктивной адаптацией не отличалось от показателей в контрольной группе.

Одной из актуальных проблем хирургии остаётся профилактика и лечение послеоперационных осложнений. Наиболее многочисленную группу осложнений от 11,5% до 27,8% составляют гнойно-воспалительные процессы [1,76]. Гнойно-септические осложнения у больных, оперированных по поводу острого и хронического калькулёзного холецистита, диагностируются в послеоперационном периоде у 6,7%-19,4% больных [81]. В неотложной хирургии инфекционный характер имеют 67% всех осложнений, при этом

нагноение послеоперационной раны имеет место у 32,5% больных, легочно-плевральные осложнения составляют 27,2%. [115].

На развитие инфекционно-воспалительного процесса после хирургического вмешательства оказывают влияние исходное состояние пациента, факторы окружающей среды, особенности предоперационной подготовки, операции и послеоперационного периода [111]. Одной из причин высокой частоты послеоперационных инфекционных осложнений у хирургических больных является индуцированная оперативным вмешательством иммуносупрессия. Последняя повышает вероятность развития гнойно-воспалительных осложнений на 30%-60% [112]. Кроме того, известно что, устойчивость госпитальных штаммов инфекции к наиболее применяемым антибиотикам может достигать 70-90% [19]. На основании приведенных данных становится понятной отсутствие эффекта от монотерапии в решении проблемы коррекции гнойно-воспалительных осложнений.

В структуре осложнений больных, оперированных по экстренным показаниям, 16,6% составляют нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Тромбозмболия легочной артерии (ТЭЛА) - одно из наиболее грозных осложнений в хирургии. Она является причиной смерти у 2% - 15% больных [106,115]. В структуре осложнений больных, оперированных по экстренным показаниям, ТЭЛА составляет 7,8% [115].

Значимыми факторами для развития легочных послеоперационных осложнений у хирургических больных считают табакокурение, травматичность операционного вмешательства, наличие у пациентов хронических неспецифических заболеваний лёгких и ожирение. Количество легочных осложнений при лапаротомии достигает 21% [115].

К числу ранних послеоперационных осложнений относят внутреннее кровотечение и кишечную непроходимость [62,108]. Острые язвы желудочно-кишечного тракта составляют 4,1% от всех осложнений. Остаются нерешенными многие вопросы комплексного лечения острой кишечной непроходимости. Послеоперационная летальность при данном заболевании достигает 40% [62].

Одним из наиболее грозных послеоперационных осложнений остаётся перитонит. Неспецифические общебиологические реакции при перитоните обнаруживают себя признаками системной и органной недостаточности. У больных при перитоните с полиорганной недостаточностью нарушения со стороны лёгких, сердечно-сосудистой системы, печени, ЦНС были в 56,1%-65,3% случаев, а нарушения свертывающей системы, метаболические нарушения были у всех

больных. Осложнения, возникающие у лиц, страдающих тяжёлыми хроническими заболеваниями можно объяснить снижением резистентности организма. Вместе с тем, ряд осложнений возникает внезапно, на фоне клинически видимого благополучия, что требует поиска новых ранних диагностических критериев и дальнейшего изучения механизмов развития адаптационных процессов [52,83].

Особенности клинического течения послеоперационного периода анализированы у 458 больных. Число осложнений – величина, анализировать которую достаточно сложно в связи с разным подходом исследователей к данному вопросу. Осложнения встречаются чаще, чем диагностируются. В статистику лишь иногда попадают отчеты о наиболее значимых осложнениях [76]. Далеко не каждого больного в отсутствии ярких клинических проявлений обследуют с целью выявления бронхолегочных и других осложнений. Многие из осложнений протекают незаметно. Клинически это проявляется длительной субфебрильной температурой, гиподинамией, упорным болевым синдромом, тошнотой и рвотой, что нехарактерно для нормального течения послеоперационного периода. В результате осложнений увеличивается продолжительность лечения, снижается качество жизни больных [76]. После операции у ряда больных отмечено тяжёлое течение послеоперационного периода с нарушениями в нескольких системах жизнеобеспечения и увеличением продолжительности лечения.

Клинически особенности течения послеоперационного периода среди больных желчнокаменной болезнью были анализированы у 160 человек. Осложнения выявлены у 45 (28,1%) больных. В структуре осложнений преобладали гнойно-воспалительные процессы со стороны раны 37,8%, а также инфекционные осложнения со стороны других органов, что включало пневмонию, бронхит, цистит – 22,2 %. Осложнения со стороны сердечно сосудистой системы составляли 21,1%. Другие осложнения были у 18,9% больных.

Клинически особенности течения послеоперационного периода среди лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки анализированы у 66 человек. Осложнения после операции выявлены у 14 больных (21,2%). У 7 из них (50%) выявлены инфекционные осложнения со стороны раны.

Выполнен анализ течения послеоперационного периода у больных с разной степенью психологической адаптации. У больных с конструктивной психологической адаптацией течение послеоперационного периода было благоприятным. Лишь в одном случае диагностировано обострение хронического панкреатита. Таким образом, число осложнений в группе больных с конструктивной адаптацией было равно 5%. Число послеоперационных осложнений в группе больных с пси-

хологической дезадаптацией было равно 30,4%, что выше, чем в группе с конструктивной адаптацией ($p \leq 0,05$). Число послеоперационных осложнений у больных с напряжением психологической адаптации было равно 28,6%, что выше, чем в группе с конструктивной адаптацией ($p \leq 0,1$).

1 группа (30,4%)



Рис. 11. Частота послеоперационных осложнений и их структура в группе больных с психологической дезадаптацией.

В группе больных с психологической дезадаптацией (рисунок 11), в структуре осложнений преобладали инфекционные процессы. Они отмечены у 10 больных (71,4%). У 7 больных были гнойно-воспалительные осложнения со стороны раны, у 3 больных были инфекционно-воспалительные осложнения со стороны других

органов – пневмония (2) и цистит (1). У 2 больных выявлено обострение имевшихся ранее сопутствующих заболеваний. Преобладание инфекционных осложнений выделяло данную группу от второй группы ($p \leq 0,05$) и от третьей группы ($p \leq 0,05$).

В структуре осложнений в группе больных с напряжением процессов психологической адаптации отмечена достоверно более высокая частота ранних осложнений со стороны брюшной полости, а именно перитонита и кровотечения из острых стрессовых язв (рисунок 12). При напряжении психологической адаптации было также больше осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Эти осложнения отмечены у 5 больных. У 4 больных были гнойно-воспалительные осложнения со стороны раны, у 2 было обострение сопутствующих заболеваний.

2 группа (28,6%)

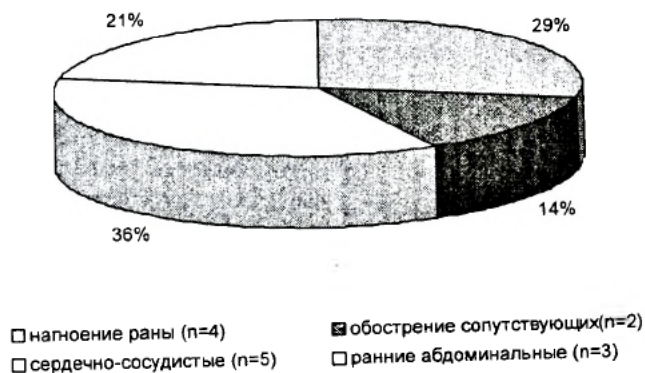


Рис.12 Частота послеоперационных осложнений и их структура у больных второй группы

Преобладание гнойно-воспалительных осложнений у больных с явлениями психологической дезадаптации и наличие их у больных с напряжением процессов психологической адаптации свидетельствует о смещении вектора регуляторных процессов в этих группах больных

в сторону иммунной системы и повышении роли иммунных нарушений в развитии осложнений. Транзиторные иммунодефицитные нарушения в этих группах больных могут привести к патологическому иммунодефицитному состоянию. Полученные данные указывают на необходимость иммунодиагностики и иммуномодулирующей терапии у больных с нарушениями психологической адаптации и в первую очередь в группе больных с психологической дезадаптацией..

В группе больных с дезадаптацией число случаев тяжелого течения послеоперационного периода с нарушениями в нескольких системах жизнеобеспечения и пребыванием в отделении интенсивной терапии более 4 дней составило 42%, при напряжении психологической адаптации тяжёлое течение было у 36,7% больных. При конструктивной психологической адаптации тяжёлое течение послеоперационного периода выявлено у 6,7 % больных. Восстановление перистальтики в группе больных с конструктивной психологической адаптацией происходило в среднем через 1,3 суток, что было достоверно ниже, чем у больных с напряжением психологической адаптации (2 суток) ($p \leq 0,05$).

Продолжительность предоперационной подготовки у больных с конструктивной психологической адаптацией была наиболее короткой. Она была равна $6,8 \pm 2,6$ суток и имела тенденцию к снижению по отношению к продолжительности предоперационной подготовки в группе больных с психологической дезадаптацией $9,1 \pm 6,8$ суток ($p = 0,06$). Продолжительность послеоперационного периода $12,2 \pm 2,6$ суток была наиболее короткой также в группе с конструктивной психологической адаптацией.

Таким образом, особенности клинического течения подтверждают, что состояние психологической адаптации, как проявление системной реакции организма и степень выраженности астенических нарушений, могут служить критерием по распределению больных в клинко-психологические группы. Больные с явлениями дезадаптации и напряжением психологической адаптации составляют группу риска по развитию осложнений послеоперационного периода. Неустойчивый характер систем адаптации в условиях психоэмоционального стресса требует контроля основных показателей гомеостаза в динамике.

Вместе с тем, в соответствии с полученными данными, больные с конструктивной психологической адаптацией по клиническим показаниям могут быть переведены на амбулаторное лечение в ранние сроки после операции.

Таким образом, в клинико-психологических группах больных с разной степенью психологической адаптации выявлена разная частота и характер осложнений. У больных с психологической дезадаптацией в структуре осложнений преобладали инфекционные процессы. В группе больных с напряжением процессов психологической адаптации отмечена достоверно более высокая частота ранних абдоминальных осложнений и преобладание осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Для данной группы больных отмечено развитие осложнений на фоне клинически видимого благополучия.

Изучение динамики адаптационных процессов больных желчнокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и острым аппендицитом показало, что в обеспечении приспособительных реакций непосредственное участие принимают эндокринная, иммунная, вегетативная и центральная нервная система. Взаимосвязь психологической адаптации с другими системами адаптации имеет сложный характер и изменяется в динамике. При благоприятном течении послеоперационного периода выявлена корреляционная зависимость высокой и средней силы между особенностями психологического состояния, показателями эндокринной регуляции, нейрофизиологическими процессами. В случае развития осложнений, при повышении напряжения процессов адаптации корреляционная зависимость между параметрами деятельности систем адаптации снижалась.

На основании анализа клинико-психологических показателей больных, частоты осложнений, особенностей взаимодействия между системами адаптации установлено, что больные с напряжением психологической адаптации и при дезадаптации составляют группу риска по развитию осложнений послеоперационного периода.

Накануне выписки из стационара у 26,8% больных после холецистэктомии выявлено состояние психологической дезадаптации, напряжение психологической адаптации имело место у 53,7%, конструктивная адаптация была достигнута у 19,5% больных. Астенические жалобы после холецистэктомии предъявляли по результатам тестового психологического обследования 96,1% больных. Таким образом, большое число больных с напряжением процессов адаптации, являющихся группой риска по развитию осложнений послеоперационного периода и низкий уровень качества жизни больных, обусловленный астенизацией свидетельствует о необходимости разработки мероприятий, направленных на устранение указанных нарушений.

Полученные результаты указывают о необходимости проведения больным хирургическими заболеваниями органов

брюшной полости в дополнение традиционной предоперационной подготовке неспецифической терапии с коррекцией астенических нарушений и разработки мер по оптимизации адаптивных возможностей у больных группы риска.

ГЛАВА 8

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Известно, что операции по поводу желчнокаменной болезни достаточно часто не приводят к выздоровлению больного. Помимо технических погрешностей операции и связанной с ними проблемой адекватного поступления желчи в двенадцатиперстную кишку болевой синдром и диспепсические расстройства после холецистэктомии могут быть обусловлены патологией других органов и функциональными нарушениями. Число больных, страдающих различными нарушениями после холецистэктомии, по данным разных авторов варьирует от 5 до 40% [22,28,133,202]. Кроме того, о выздоровлении после холецистэктомии можно говорить при достижении высокого уровня качества жизни больных. На основании полученных данных можно сделать заключение, что ряд нарушений, незаметных клиническому наблюдению после операции сохраняются. В силу этого больной в течение длительного времени может находиться в состоянии незавершенной адаптации. Это состояние можно рассматривать как предболезнь. Неустойчивое равновесие в результате длительного напряжения одного из компонентов адаптации может привести с течением времени к новому патологическому процессу.

В сроки от 2 месяцев до 6 лет после холецистэктомии повторно обследовано 45 больных, госпитализированных в хирургический стационар с диагнозом постхолецистэктомический синдром или послеоперационная вентральная грыжа. Анализировали субъективное состояние, развитие осложнений, связанных с выполненной операцией, наличие болевого синдрома различных локализаций, диспепсические нарушения, трудоспособность, нарушения общего характера в виде слабости и утомляемости. Оценку психологического состояния выполняли по данным профиля MMPI. Клинико-

психологическое обследование больных достоверно свидетельствовало о том, что при сохраняющемся болевом синдроме и диспепсических нарушениях отмечено увеличение числа лиц с пиками по шкалам MMPI более 70T баллов. Отмечено повышение профиля по отношению к первичному обращению по шкалам 2(D), 7(Pt), 8(Sc) таблица 26(приложение).

Анализ результатов лечения в сроки до 6 лет после холецистэктомии позволил сделать заключение, что среди больных, повторно обратившихся с болевым синдромом со стороны органов брюшной полости, лиц, выписанных с конструктивной психологической адаптацией, не выявлено.

Таблица 27

Отдалённые результаты лечения после аппендэктомии

Показатели	Группы сравнения (n).	
	Напряжение психологической адаптации n=12	Конструктивная адаптация n=14
Осложнения после операции в период амбулаторного лечения	6 *	0
Лигатурные свищи в отдалённые сроки после операции	1	1
Слабость, утомляемость, в течение месяца	6	3
Слабость, утомляемость, больше месяца	3*	0
Другие заболевания после операции	4*	0

Примечание: *Достоверно по отношению к группе больных с конструктивной адаптацией при $p \leq 0.05$.

В отдаленные сроки, до 2-х лет после аппендэктомии путём анкетного опроса обследовано 30 больных. Женщин было 6, мужчин

24. Среди обследованных состояние психологической дезадаптации было у 4 больных, напряжение психологической адаптации у 12, конструктивная психологическая адаптация была у 14 больных.

Анализ показателей раннего послеоперационного периода и отдалённые результаты изучены в группах с разной степенью психологической адаптации (таблица 27.). В группе с напряжением психологической адаптации осложнения на амбулаторном этапе лечения выявлены у 6 больных (50%). У 4 человек это было частичное нагноение раны. У 2-х больных выявлен инфильтрат послеоперационного рубца, излечение наступило в результате консервативных мероприятий. Кроме того, у 4 больных (33%) в группе с напряжением психологической адаптации в сроки до 6 месяцев отмечено обострение склеродермии и пояснично-крестцового радикулита. У больных с конструктивной адаптацией осложнений не выявлено. В сроки от 4 до 6 месяцев у 2-х больных выявлены лигатурные свищи. После удаления лигатур наступило выздоровление. Лигатурные свищи были у больных обеих групп.

Больные с конструктивной адаптацией жалоб на нарушения здоровья спустя месяц после аппендэктомии не предъявляли. У 4 больных с напряжением психологической адаптации сохранялась слабость, утомляемость. Субъективно отмечено снижение работоспособности.

Таким образом, состояние незавершенной адаптации повышает продолжительность лечения, приводит к рецидивам заболевания, снижает качество жизни оперированных больных и ведет к повторным госпитализациям.

ГЛАВА 9

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ

Системный подход требует нового подхода к вопросам реабилитации и направлен на повышение качества жизни больных и профилактику рецидивов заболевания.

9.1. ОБОСНОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В мировой медицине все более прочно утверждается положение, что лечение в обычном его понимании представляет собой элемент системы реабилитации. Задачи медицинской реабилитации заключаются в следующем: восстановление нарушенных функций; восстановление саногенических механизмов организма и личностных качеств больного; социально-бытовую адаптацию; профессиональное восстановление [72,88,116].

Выполненные исследования показали, что отсутствие облегчения после операции, что можно рассматривать как неудовлетворительные результаты лечения, выявлены у 18,3% больных после традиционной холецистэктомии, и у 10,6% больных после лапароскопической холецистэктомии [81]. Примерно у 16% больных после холецистэктомии наблюдаются разнообразные патологические изменения двенадцатиперстной кишки. Вторичный дуоденит является одним из тяжёлых осложнений и развивается как следствие нарушений вегетативной иннервации двенадцатиперстной кишки. Применение только хирургических пособий у больных с хронической дуоденальной недостаточностью не позволило до конца решить эту проблему. Очевидно, что в решении данной проблемы могут быть перспективны комплексные исследования хирургов совместно с другими специалистами [123].

Качество результатов хирургического лечения снижают так называемые, поздние абдоминальные осложнения, диагностируемые после выписки из стационара [108]. Около 40% поздних осложнений – это гнойно-воспалительные процессы. К ним относят нагноения ран, абсцессы, инфильтраты брюшной полости, гнойные и лигатурные свищи. Данные осложнения требуют повторной госпитализации, увеличивают общую продолжительность пребывания больного в стационаре. Чаще всего, в 53% случаев, такие осложнения отмечены после аппендэктомии [91].

Другая группа поздних осложнений - это болезни оперированных органов [49]. По данным разных авторов у 5-40% больных, спустя несколько месяцев или лет после операции по поводу желчнокаменной болезни, развивается так называемый постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), патогенез его во многих

случаях сложен, а клинические проявления весьма многообразны, что значительно затрудняет лечение [22,28,133,202].

Частота рецидива язвы в отдалённом периоде после органосохраняющих операций составляет 8-20%. Частота постгастрорезекционных синдромов составляет 35-47% [57,58]. Причиной рецидива язвенной болезни у 12,5% больных является эмоционально-психический фактор [13,86]. От осложнений в лечении язвенной болезни умирают около 6000 человек в год [56].

Для определения состояния, возникающего в отдалённые сроки после повреждений, полученных в период боевых действий, введено понятие раневая болезнь. Это состояние характеризуется напряжением и нарушением регуляции жизнедеятельности больных, резким возрастанием энтропии, гипоксией и дефицитом энергии [72].

Об исходе лечения больных и эффективности хирургической помощи принято судить по таким показателям как продолжительность лечения, частота послеоперационных осложнений и летальность. Вместе с тем, все более часто апеллируют к такому показателю, как качество жизни оперированных больных. Словосочетание «качество жизни» появилось в медицинской литературе с 1975 года. Оценка качества жизни (КЖ) новое перспективное направление клинической медицины. ВОЗ рекомендует использовать достижение приемлемого для больного уровня качества жизни как критерий оценки эффективности и качества медицинской помощи, то есть как «адекватность лечения» [17,56,133]. Качество жизни позволяет оценить эффективность лечения по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациентов [55,57]. Максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является важным критерием эффективности адаптационных процессов [13]. Качество жизни является интегральной оценкой хирургического лечения [17,203]. Модель здоровья включает физические, социальные и психические компоненты. Качество жизни больных определяется функциональными нарушениями, психологическими нарушениями и степенью удовлетворённости жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах. В настоящее время качество жизни рассматривается как один из важных компонентов оценки эффективности лечения [17].

При обращении за медицинской помощью реабилитация больных предполагает верификацию диагноза основного заболевания,

его осложнений, сопутствующих заболеваний. Реабилитационными мероприятиями достигается стабилизация деятельности основных систем жизнеобеспечения, проводится коррекция метаболических и водноэлектролитных нарушений.

Операционное вмешательство предполагает патогенетически обоснованное устранение патологического процесса и его осложнений. В послеоперационном периоде проводится обезболивание, профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений, симптоматическое лечение нарушений функции органов и систем, коррекция метаболических и водноэлектролитных нарушений, местное лечение раны [76, 108].

Известно, что комплексная предоперационная подготовка, адекватное оперативное вмешательство, восстановительные мероприятия послеоперационного периода оказывают важное влияние на исход заболевания. Однако проведение традиционных мероприятий по реабилитации больных не позволяет в полной мере решить проблему послеоперационных осложнений и повышения качества жизни после операции [29,44,66,133,152,214]. Одним из путей решения данной проблемы может быть дополнение традиционного лечения неспецифическими методами реабилитации.

Процесс от болезни к выздоровлению проходит через периоды неустойчивого равновесия разной степени выраженности [8,124]. На основании результатов клинико-психологических и нейрофизиологических методов исследований, приведенных выше, нами установлено, что в период предоперационной подготовки, при выполнении оперативного вмешательства, в ближайший послеоперационный период состояние больных является относительно неустойчивым. У ряда больных это состояние сохраняется на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Известно, что реализации ответной реакции организма на внешние и внутренние факторы обеспечивается психической сферой и физиологическими функциями [48]. Приведенными выше данными показано, что непосредственную роль в возникновении и развитии патологического процесса играет психологическая адаптация. В группе больных желчнокаменной болезнью, которым выполнено тестовое психологическое обследование, осложнения в послеоперационном периоде выявлены у 27 больных. Психологическая дезадаптация в группе больных с осложнениями выявлена у 14 больных (51,8%), напряжение психологической адаптации было у 12 больных (44,4%) больных, конструктивная психологическая адаптация была у 1 больного (3,8%).

От момента первых симптомов заболевания человек испытывает воздействие многих факторов, которые в совокупности определяют его состояние, как психоэмоциональный стресс. Вместе с тем доказано, что реализация как острых, так и хронических и эмоциональных нарушений зависит от способа интеллектуальной интерпретации происходящих событий [141,153]. На основании анализа факторов, лежащих в основе развития болезни и данных об ответной реакции организма на психоэмоциональный стресс, механизмы реализации ответной реакции у больных, поступивших для оперативного лечения, могут быть представлены схемой, изображённой на рисунке 13. Согласно представленной схеме реакция организма определяется не только прямым воздействием внешних стимулов на биологическую систему, но и пережитым опытом, ожиданиями, целями и индивидуальной символической интерпретацией чувственных переживаний [110,153,155]. Симптомы заболевания воспринимаются через когнитивные процессы, эмоции, воображение и накопленный опыт. На «прорабатываемую» актуальную патологическую ситуацию запускаются нейроэндокринные и гуморальные механизмы адаптации.

Активация вегетативной нервной системы ведёт к нарушению гомеостаза с соответствующими метаболическими расстройствами и функциональными нарушениями. Новые симптомы и ощущения, возникающие в ответ на эту реакцию, сами являются стрессовой ситуацией. Новые симптомы также воспринимаются с учётом когнитивных процессов, опыта и эмоций. Таким образом, запускается «порочный круг» и количество новых симптомов будет нарастать. Разобшение элементов этого круга путем конструктивной проработки ситуации, оптимизации саногенических процессов является путём к выздоровлению.

При длительном и при интенсивном воздействии на больного в условиях стресса возможно истощение систем адаптации. При этом система теряет гибкость, устойчивость её нарушается, возникает реальная угроза развития принципиально непредсказуемых осложнений [155]. Равновесие сохраняется, пока напряжение систем, обеспечивающих адаптацию организма, не превышает критической величины. Когда в одной из систем наступает истощение энергетического потенциала, линейная зависимость её с другими системами исчезает, возникает вероятность непрогнозируемых реакций и развития осложнений. Таким образом, даже зная начальные условия функционирования по многим параметрам, будущее остаётся непредсказуемым, поскольку для случаев нелинейной зависимости существует не одно, а несколько стационарных состояний [92,155].



Рис. 13.Схема реализации психоэмоционального стресса

Каждое последующее событие, как факт госпитализации, лечебные и диагностические манипуляции, факт неизбежности операции в зависимости от интерпретации также являются стрессом для больного. Стресс усиливает энтропийные процессы и вызывает дальнейшее напряжение гомеостаза.

В одних случаях, при линейной зависимости систем адаптации и преобладании саногенических процессов, клинические симптомы заболевания ликвидируются, наступает выздоровление. В других, проведенные мероприятия неэффективны. Восстановить утраченное равновесие позволяет лишь операция. В этом случае, мероприятия, направленные на размыкание порочного круга, надо рассматривать в контексте предоперационной подготовки. Однако оперативное вмешательство нельзя считать синонимом выздоровления. Как показано выше у 80,5% больных после открытой холецистэктомии психологический профиль после оперативного вмешательства имеет сложный характер далёкий от конструктивной психологической адаптации. Новое состояние после операции (ситуация 2) имеет свои клинические проявления и требует ответной реакции. Динамика происходящих процессов в ответ на новые симптомы реализуется по уже известному пути, через когнитивную и эмоциональную переработку и мобилизацию механизмов неспецифической резистентности. В случае их несоответствия конструктивному подходу полного выздоровления не происходит, отмеченные изменения ведут к формированию нового состояния. При этом отмечается снижение качества жизни различной степени выраженности. В случае значительных изменений развивается так называемый «поздний абдоминальный синдром».

Эффективность реабилитационных мероприятий может быть достигнута ранним началом их проведения, комплексным подходом, преемственностью и непрерывностью. Воздействовать на механизмы реализации ответной реакции на стресс возможно, как видно из схемы, по нескольким направлениям. Для оптимизации саногенических процессов и «размыкания цепи» на этапе переработки информации показана рациональная психотерапия с воздействием на когнитивные процессы, активное формирование мотивации преодоления, сотрудничества, оптимизма, релаксации. Важная роль в данном процессе принадлежит индивидуальной психофармакотерапии, основанной на результатах психологической тестовой диагностики. Необходимо подчеркнуть значение рациональной когнитивной психотерапии. Важность её подтверждает факт повышенной чувствительности организма к малым воздействиям

в периоды значительных напряжений [83]. Следует подчеркнуть в этой ситуации особо важную роль лечащего врача.

На этапе активации механизмов неспецифической резистентности эффективно воздействие транквилизаторов и препаратов, оптимизирующих метаболические процессы мозга. На данном этапе лечения доказана эффективность нейропротекторной терапии – электрофореза пирacetama по методике электросна, бемитила, известного антиастеническим и анксиолитическим эффектом и электросон - терапии [95,145].

На уровне реализации нейроэндокринного ответа опять же отмечено благоприятное действие бемитила, оптимизирующего обменные процессы энергетические потребности организма в ситуации напряжения. Для оптимизации регуляторных процессов эффективно применение КВЧ - терапии. Реабилитация больных должна начинаться в стационаре и продолжаться на следующем, амбулаторном этапе.

Таким образом, одной из важных задач в лечении больных является повышении степени психологической адаптации, в которой нуждаются более 80% больных желчнокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, острым аппендицитом. Коррекция нарушений психологической адаптации на этапах реабилитации является актуальной медицинской, экономической и социальной проблемой. Воздействие на «слабое звено» адаптации по принципу обратной связи оказывает оптимизирующее влияние на систему в целом.

При длительно протекающих заболеваниях операция лишь этап восстановления утраченного равновесия. Достигнуть состояния конструктивной адаптации возможно при оптимальном функционировании всех систем, обеспечивающих адаптационные процессы в целом. Выраженная ответная реакция даже на очень слабые раздражители на этапах высокого напряжения адаптационных процессов позволяет обосновать роль рациональной когнитивной психотерапии и физических методов лечения.

Таким образом, неспецифическая реабилитация должна быть построена по принципу патогенетической обоснованности, комплексного подхода с воздействием на процессы адаптации фармакологическими, психотерапевтическими, физиотерапевтическими методами, индивидуалистичности, непрерывности и преемственности. Сочетание традиционного лечения с неспецифической реабилитацией позволит улучшить ближайшие и отдалённые результаты лечения больных острыми и

хроническими заболеваниями органов брюшной полости при благоприятном течении заболевания и при развитии осложнений.

9.2. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В условиях психозмоционального стресса и оперативного вмешательства социально-психологическая адаптация в значительной степени осложняется астеническими нарушениями. Помимо нарушений психологической адаптации астенические нарушения осложняют процессы реабилитации в целом. Известно, что эффект астенизации проявляется в ухудшении, в среднем на 20% переносимости физических, ортостатических, гипоксических и температурных нагрузок, сопровождается дисбалансом нейроэндокринной регуляции, низким уровнем резистентности к экстремальным воздействиям, требует целенаправленной коррекции [79].

При выраженном напряжении систем адаптации диагностика астенического синдрома не вызывает особых затруднений. Повышение по шкалам профиля MMPI от 66 до 75 Т - баллов позволяет выделить у больных акцентуированные черты личности, которые затрудняют социально-психологическую адаптацию [118]. Астенические нарушения до операции выявлены у 92,9% больных желчнокаменной болезнью и у 90,4% больных язвенной болезнью. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения превентивной антиастенической терапии в дополнение предоперационной подготовке у всех больных страдающих желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Степень напряжения систем адаптации по данным клинико-психологического обследования в процессе лечения изменяется. В периоды повторных стрессовых воздействий напряжение усиливается. Полученные данные обосновывают комплексный индивидуализированный подход к корригирующей терапии больных. При этом реабилитационные мероприятия должны предшествовать операционной травме [72].

До операции реабилитационные мероприятия выполнены у 92 больных. С этой целью в комплексе мероприятий предоперационной подготовки проведена оценка психологического состояния и степени психологической адаптации. У больных, госпитализированных в плановом порядке, состояние психологической адаптации оценивали посредством теста MMPI.

Сведения о психоэмоциональном состоянии больного дополняет цветовой тест Люшера. О степени выраженности тревоги свидетельствует перемещение цветов 1, 2, 3 и 4 в конец выбора либо смещение цветов 7, 6, 0 в начало ряда. Для лиц с благоприятным течением послеоперационного периода наблюдается сдвиг красного цвета вправо и тенденция к сдвигу выбора чёрного цвета влево. Для больных с осложнённым течением послеоперационного периода наблюдается перемещение красного и желтого цвета на более низкие позиции (вправо) и повышение предпочтения выбора черного цвета - сдвиг влево.

В случае отказа больных от заполнения объёмного теста MMPI, а также у больных, госпитализированных по экстренным показаниям, оценку психологического состояния выполняли применением теста СМОЛ [39]. Тест СМОЛ, требует ответа на 71 утверждение. Методика обследования занимает у больного меньше времени и сил. Обработка полученных данных может быть выполнена как посредством прилагаемого ключа, так и применением компьютерной программы. [39].

По данным теста СМОЛ (таблица 28 приложение) у больных желчнокаменной болезнью выявлено достоверное повышение профиля по отношению к контрольной группе по шкалам К, 1(Hs), 2(D), 3(Hy), 4(Pd), 7(Pt), 8(Sc), 9(Ma). Полученные данные дают важную информацию для оценки внутренней картины болезни обследованных больных и могут быть использованы для индивидуализации проводимой терапии.

Ретроспективный анализ показателей теста СМОЛ, у больных с осложнениями в послеоперационном периоде по отношению к больным с благоприятным течением послеоперационного периода позволил выявить повышение профиля по шкале 6(Pa) паранойи $p < 0,05$. То есть, показатели теста СМОЛ могут быть использованы для оценки внутренней картины болезни и для индивидуального подхода в подготовке к операции и профилактике осложнений.

Особенности психологического состояния в группах больных с разной степенью психологической адаптации можно оценить по уровню показателей основных шкал в профиле СМОЛ (таблица 29 приложение). Представление же о степени адаптации в целом может

быть реализовано применением совокупности факторов объективной картины психологического состояния и клинико-лабораторных показателей.

Применение теста СМОЛ в динамике позволяет объективизировать по числу пиков более 60 Т баллов особенности психологической адаптации. Дополнительно, для повышения значимости и надёжности указанных признаков нами использованы параметры функционального состояния организма для групп больных с разной степенью психологической адаптации. Для создания критериев оценивали показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы, возраст больных, длительность анамнеза заболевания. Интегральная оценка полученной информации позволила представить уровень адаптации в баллах согласно Шкалы оценки уровня адаптации (таблица 30). Минимально количества баллов «0», максимальное «42».

Клиническое применение шкалы позволило стандартизировать её. О конструктивной адаптации можно говорить, если при оценке указанных параметров больной набирает не более 5 баллов, но не более 1 балла по тесту СМОЛ. До 10 баллов, но не более 3 баллов по тесту СМОЛ набирают больные с напряжением психологической адаптации. О дезадаптации говорим в том случае, если число баллов больше, чем в представленных выше группах.

В развитии заболевания и адаптации организма важная роль принадлежит особенностям психологического состояния больных [72]. Это требует учитывать особенности внутренней картины болезни и психологической адаптации в процессе подготовки к операции и ведения больных в послеоперационном периоде. Установлено, что чувствительным индикатором эффективности процессов психической адаптации может служить уровень усреднённого профиля методики многостороннего исследования личности (ММРІ) [13]. Для высокого уровня тревоги и дезадаптации характерна тенденция к отрицательной оценке существующей ситуации, ощущение собственной недостаточности, своеобразие восприятия ситуации и неприятные физические ощущения с беспокойством за состояние собственного здоровья. [13]

Тест ММРІ был создан в 1941-1947 годах американскими психологами J.Mackinley и S.Hathawey [102]. В конце 60-х годов тест стандартизирован и валидизирован на территории бывшего Советского Союза [13,102]. В тесте ММРІ представлены 566 утверждений. Фактически моделируются 566 ситуаций, и испытуемым предлагается выбрать тот или иной вариант реагирования на них. Применение теста ММРІ имеет ряд

ограничений, обусловленных большим числом вопросов. Применение теста СМОЛ также имеет ограничение, которые обусловлены необходимостью определённой психологической подготовки для оценки полученных данных. На основании анализа результатов применения теста ММРІ нами разработан тест Шкала адаптации, который является объективным методом скрининговой диагностики степени психологической адаптации больных.

Таблица 30

Шкала оценки уровня адаптации

№	Показатель	Баллы			
		0	1	2	3
	Возраст	44	45-54	55-64	≥65
	Длительность анамнеза	0,5 года	1 год	До 5 лет	Более 5 лет
	АД сист. мм.рт.ст.	≤140	>140	≤150	>150
	АД диаст мм.рт.ст.	≤90	>90	≤100	>100
	Сопутствующие болезни	нет	да		
	Тест Люшера (перемещение цветов 1, 2, 3 и 4 в конец выбора либо смещение 7, 6, 0 в начало ряда)	0	1-2	3-4	≥5
	Шкалы СМОЛ	K	≤ 60	≥ 60	≥ 65
		1(Hs)	≤ 60	≥ 60	≥ 65
		2(D)	≤ 60	≥ 60	≥ 65
		6(Pa),	≤ 60	≥ 60	≥ 65
		8(Sc)	≤ 60	≥ 60	≥ 65
	К-во шкал СМОЛ ≥70	0	1	3	5
	Повторные госпитализации в течение года	0	1	Более 1	Более 1
	Глюкоза сыворотки крови	5,5 ммоль.л	≥5,5 ммоль.л	≥5,5 ммоль.л	≥5,5 ммоль.л

Методика создания теста: Как уже было представлено, в результате психологического тестового обследования (тест ММРІ) 309 больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости описаны три группы с разной степенью адаптации. Первую группу составили 105 больных (34%). Профиль ММРІ у больных был приподнят с пиками по пяти и более основным шкалам более 70 Т баллов «высокий профиль». Этот вариант реакции рассматривали, как состояние психологической дезадаптации. Вторую группу составили 137 больных (44 %). Профиль ММРІ в этой группе был умеренно повышен с пиками более 70 Т баллов по одной – четырём основным шкалам - плавающий профиль. Этот вариант реакции рассматривали, как напряжение психологической адаптации. Третью группу составили 67 больных (22%). Профиль ММРІ в группе был умеренно повышен, но не превышал 70 Т баллов. Не было выраженных пиков по отдельным шкалам. Этот вариант реакции рассматривали как состояние конструктивной психологической адаптации. Выделенные группы больных отличались особенностями клинического течения заболевания и достоверно отличались по числу осложнений послеоперационного периода. Больные с напряжением психологической адаптации и лица с явлениями психологической дезадаптации составляют группу риска по развитию осложнений послеоперационного периода.

Для оценки наиболее значимых показателей выделенных групп нами был применён дискриминантный анализ. Были найдены 2 значимые ($p \leq 0,001$) дискриминантные функции df_1 и df_2 .
 $df_1 = -7,6 + 0,03(Sc) + 0,02(Hs) + 0,02(D)$.
 $df_2 = 0,36 - 0,03(Hy) + 0,02(Ma) - 0,03(Pt) + 0,02(D)$.

Таким образом, установлено, что больные с напряжением психологической адаптации и при психологической дезадаптации отличаются от больных с конструктивной психологической адаптацией по шкале 1(Hs) - невротического сверхконтроля, 2(D)- шкале пессимистичности, и 8(Sc) – шкале индивидуалистичности. На основании полученных данных определена концепция адаптации как психического свойства [7].

Применение теста ММРІ позволяет получить представление о внутренней картине болезни, оценить степень астенических нарушений, выявить напряжение психологической адаптации. Вместе с тем в связи с большим объёмом вопросов применить тест ММРІ не всегда возможно. Для скринингового определения степени адаптации и выделения больных группы риска по развитию осложнений личностный опросник должен обладать простотой и вместе с тем он

должен оставаться надёжным. Шкала адаптации представлена в таблице 31.

Таблица 31

Шкала адаптации

N	Вопрос	Да	Нет
1	Обычно я просыпаюсь утром свежим и отдохнувшим		
2	Бывает, что у меня появляется желание что-нибудь разбить		
3	В различных частях моего тела я часто ощущаю жжение, ползание мурашек, онемение		
4	Хотел бы так же быть довольным своей жизнью как, видимо, довольны другие		
5	Порой меня беспокоят неприятные ощущения в области желудка		
6	Часто я нахожусь в подавленном настроении		
7	Бывало, что я дразнил животных		
8	Определённо у меня отсутствует уверенность в себе		
9	Критика или порицание всегда слишком сильно задевают меня		
10	Временами определённо чувствую себя бесполезным		
11	Чаше всего я засыпаю без каких-либо тревожных мыслей		
12	В течение последних лет большую часть времени я чувствую себя вполне хорошо		
13	Я легко плачу		
14	Иногда и в соответствующих условиях я не прочь пофлиртовать		
15	Я часто погружаюсь в тягостные раздумья		
16	У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что трудно усидеть на одном месте		
17	Боли у меня – большая редкость		
18	Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением		
19	Даже когда я среди людей я нередко чувствую себя одиноким		
20	Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому, что плохо в них играю		
21	Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали		

Ключ Шкалы адаптации:

Состоянию дезадаптации соответствуют ответы шкалы представленные следующим образом:

ДА: 3,4,5,6,8,9,10,13,15,16,18,19,20,21

НЕТ: 1,2,7,11,12,14,17

Репрезентативность теста. Анализированы 171 вопроса из утверждений шкал 1(Hs)- невротического сверхконтроля, 2(D)- шкале пессимистичности, и 8(Sc) – шкале индивидуалистичности. В результате отбора 150 утверждений исключены. Для создания модифицированной шкалы адаптации использованы утверждения, на которые 75% и более респондентов давали в анкете, ответ, подтверждающий их акцентуацию по данной шкале в соответствии с ответами пациентов, пребывающих в состоянии дезадаптации.

Содержательная валидность. Для содержательной валидации полученной шкалы использовали метод контрастных групп [7]. Статистическую обработку, интерпретацию и анализ полученных данных проводили на ЭВМ при использовании пакета программ STATISTICA 5.0. Достоверность различий между выборками оценивали непараметрическими методами. Достоверность показателей оценивали по критерию Манна-Уитни. Результаты считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Полученные показатели представлены значениями среднего арифметического M и среднего квадратичного отклонения σ . В исследовании приняли участие 36 респондентов. Мужчин было 10, женщин 26. Возраст $27 \pm 7,2$ лет. Диагноз поступивших больных: острый холецистит был у 22 больных, острый аппендицит - у 14 больных. Степень нарушения адаптации в группе была равна $11,56 \pm 3,26$ баллов. Вторая контрастная группа студенты медицинского университета и сотрудники ГKB СМП. Возраст $25 \pm 5,2$ лет. Степень нарушения адаптации в группе была равна $7,76 \pm 4,48$ баллов. Достоверность различий между группами была равна $p \leq 0,001$. Достоверность различий в исследуемых группах по ответам на 10 вопросов была равна $p \leq 0,001$. Достоверность различий в исследуемых группах по ответам на 2 вопроса была равна $p \leq 0,05$.

Надёжность теста оценивалась методом ретестовой надёжности. Результаты, полученные при повторном, через две недели тестовом обследовании сравнивали с результатами, полученными при первичном обследовании. Показатель корреляции r для 17 из 21 вопросов теста имел значение не ниже 0,7 ($p \leq 0,05$). Что является достаточным в личностных тестах и свидетельствует о достаточной помехоустойчивости предлагаемой шкалы [7].

Вопросы теста, имеющие низкую корреляционную зависимость, 4 (Хотел бы так же быть довольным своей жизнью как, видимо, довольны другие), 9(Критика или порицание всегда слишком сильно задевают меня), 11(Чаше всего я засыпаю без каких-либо тревожных мыслей, 16(У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что трудно усидеть на одном месте) оставлены без изменений, поскольку другие психометрические их характеристики были удовлетворительными. Кроме того, полученные данные сопоставимы с результатами изменения степени адаптации по данным теста MMPI, составляющие при наблюдении за больным в течение 14 дней 18%.

Для изучения достоверности теста использовался также метод перекрёстной валидации [7]. Осуществлялось сравнение данных личностного опросника СМОЛ и разработанной шкалы адаптации. В этой серии приняли участие 21 студент. Средний возраст $20 \pm 2,5$ лет. Выявлена корреляционная зависимость средней силы $0,38 - 0,66$ ($p \leq 0,05$) шкал «К» коррекции, 2(D)-депрессии, 6(Pa)-паранойи, 8(Sc)-шизофрении с ответами на вопросы шкалы адаптации. По данным факторного анализа психической неуравновешенности корреляция по шкале коррекции «К» свидетельствует о контроле социализированного поведения. Максимальную нагрузку по фактору даёт шкала шизофрении или индивидуалистичности. Для шизоидов характерна оторванность от социального окружения и своеобразие переживаний. Социальные нормы и требования осваиваются с трудом. Шкала 6(Pa) является шкалой, измеряющей психопатические и психотические нарушения. Шкала D отражает один из параметров невротизма личности. Корреляция указанных шкал теста СМОЛ с вопросами шкалы адаптации даёт основание указать на достоверность теста «Шкала адаптации».

Стандартизация теста выполнена на 48 респондентах - студентах медицинского университета и сотрудниках ГКБ СМП. Возраст $25 \pm 5,2$ лет. Для мужчин уровень напряжения в контрольной группе составил $5,1 \pm 3,4$ балла. Верхняя квартиль равна 7 баллов, нижняя 2 балла. Для женщин уровень напряжения в контрольной группе составил $7,3 \pm 2,7$ баллов. Верхняя квартиль равна 9 баллов, нижняя 5 баллов.

Таким образом, методика обладает положительными психометрическими показателями валидности и надёжности. Разработанная «Шкала адаптации» является простой. Состоит из 21 пункта, применяется для измерения адаптации и обладает всеми преимуществами шкал самооценки. Информация поступает непосредственно от пациента, заполнение шкалы требует мало

времени, а сама процедура оценки очень проста и может проводиться при любых медицинских ситуациях

Тест может быть использован для скрининговой оценки степени психологической адаптации и для выделения больных группы риска по развитию осложнений. Кроме того, тест может быть применён в сочетании с другими тестами для оценки внутренней картины болезни.

По степени повышения и количеству шкал с пиками более 70 - Т баллов у больных желчнокаменной болезнью в профиле ММРІ до операции выделили тревожно-депрессивный (55%), эксплозивно-психопатический (32%), и ипохондрический (13%) типы психологической реакции, что соответствовало определенным характерологическим особенностям для каждой группы больных. Крайне ошибочной считается точка зрения некоторых врачей, применяющих «стандартную премедикацию», так как не существует двух одинаковых больных и двух одинаковых анестезиологов [180]. При проведении премедикации и других лечебных мероприятий необходимо учитывать «внутреннюю картину болезни», то есть весь комплекс переживаний и ощущений больного, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь и лечение. Каждый больной болеет по-разному [50,190].

Клинически лица с тревожно-депрессивным типом реакции подавлены, растеряны, нет уверенности в успехе лечения. У больных с эксплозивно-психопатическим типом реакции отмечалась подозрительность, внутренняя напряжённость и готовность к конфликту. При ипохондрическом типе выраженное беспокойство за свое состояние. Много жалоб с детализацией и фиксацией на них внимания, несоответствие между количеством жалоб и изменением состояния. Для выраженных астенических проявлений, у больных в каждой группе характерной чертой была общая слабость, раздражительность, слезливость. Большинство анестезиологов отмечают, что одной из важнейших целей современной премедикации является анксиолитический эффект. Считается, что беспокойство и нервозность больного являются ведущим фактором, который необходимо контролировать в процессе подготовки к операции [67]. Транквилизаторы и антидепрессанты способствуют нормализации общего состояния больных на этапе подготовки к операции, однако для получения стойкого клинического эффекта применение данных препаратов должно быть длительным [4].

В период ожидания операции выполнялась рациональная когнитивная психотерапия. Известно, что даже краткое описание плана анестезиологического пособия и хода операции снимает у

больного страх неизвестности [180]. После назначения срока оперативного вмешательства оперирующий хирург в беседе с пациентом разъяснял суть операции, особенности выполнения отдельных её этапов. Рассказывал о течении послеоперационного периода, отвечал на возникшие вопросы. Накануне операции больного посещал анестезиолог, одной из задач которого была информация об особенностях наркоза и посленаркозного периода.

Проблема повышения адаптивных возможностей привлекает внимание исследователей в различных областях медицинской науки. Для решения этой задачи исследованиями последних лет в эксперименте и клинике обосновано применение новой группы препаратов, названных актопротекторами. Бемитил (2-этилтиобензимидазол) - один из наиболее типичных и фармакологически активных препаратов группы актопротекторов. Бемитил был синтезирован в 80-годах 20 века и нашел применение для оптимизации процессов адаптации в экстремальных условиях [131].

Применение бемитила показало его высокую эффективность в ситуациях, требующих предельных физических и психических нагрузок [94]. Известно его благоприятное метаболическое воздействие, доказано стресс-протективное, антиастеническое и адаптационное действие [79]. Известно положительное влияние бемитила на метаболизм в условиях гипоксии и дефицита АТФ. Бемитил положительно влияет на энергетический обмен, что выражается в угнетении свободного окисления и экономии таким путем резерва кислорода [40]. Применение бемитила для предоперационной подготовки больных с печеночной недостаточностью способствовало быстрой реабилитации и сокращению сроков госпитализации [40,79].

Применение бемитила в психиатрической практике обеспечивает мягкое психостимулирующее и антиастеническое действие [94]. Бемитил повышает синтез АТФ, уменьшает количество недоокисленных продуктов. Применением бемитила удаётся уменьшить значимость гипоксии в супрессии иммунного ответа, отмечена его иммуномодулирующая активность [72].

Механизм действия бемитила заключается в стимуляции синтеза ферментных и структурных белков при воздействии неблагоприятных факторов в органах, где белковый обмен интенсифицирован и эта интенсивность детерминирована или генетически или ситуационно вследствие воздействия неблагоприятных факторов [113]. В ответ происходит ускорение процессов регенерации и адаптации к новым условиям существования, ресинтеза глюкозы. В результате отмечается

снижение степени ацидоза, лактацдемии, кислородного дефицита, происходит быстрая нормализация работоспособности [193]. У лиц, страдающих ишемической болезнью сердца, профилактическое применение бемитила оказывало кардиопротективное действие и обеспечивало более эффективную работу сердца в раннем послеоперационном периоде [9]. Бемитил известен антиастеническим действием, и положительным влиянием на адаптацию к неблагоприятным факторам [72,131]. В результате применения бемитила выявлено психостимулирующее транквилизирующее действие, уменьшение слабости и утомляемости, редукции тревоги, аффективно окрашенных переживаний, повышенной раздражительности. Благодаря описанным свойствам, бемитил нашел применения для коррекции нарушений после экстремальных состояний и для подготовки больных к ситуациям, требующим мобилизации адаптационных процессов. Известна его эффективность и у здоровых лиц при утомлении и для повышения работоспособности [9,72,79,131].

В качестве превентивной антиастенической терапии всем больным в дополнение традиционной медикаментозной подготовке применяли актопротектор бемитил коротким курсом 3-4 дня по 0,5 грамма в два приема. В случае длительной подготовки к операции при выраженном нарушении психологической либо физиологической адаптации и нарушениях вегетативной регуляции предоперационную подготовку применением бемитила курсом 3-4 дня по 0,5 грамма в два приема повторяли.

При оценке нейрофизиологических показателей у больных, получавших бемитил, установлено, что уже через час после однократного приема бемитила в дозе 0,5 грамма по данным ЭЭГ отмечено повышение мощности медленных волн бета - ритма в лобных, центральных, теменных и затылочных отведениях ($p \leq 0,05$). Указанные изменения характерны для препаратов, обладающих анксиолитической активностью [4].

Течение послеоперационного периода у больных, получавших бемитил до операции, протекало гладко. Только в первые сутки после операции у больных, получавших до операции традиционную подготовку в сочетании с бемитилом, отмечено повышение частоты сердечных сокращений. Повышения артериального давления и коллаптоидных реакций не выявлено. Полученные данные указывают на важную саногеническую направленность применения бемитила до операции. Болевой синдром был выражен умеренно. Перистальтика кишечника по данным аускультации была восстановлена на

1,67±0,81сутки, через 3,06±0,88 суток был восстановлен пассаж по кишке, и отходили газы.

Для оценки эффективности психофармакологической коррекции могут быть использованы данные теста ММРІ [14]. У больных, получавших бемитил, по отношению к результатам у лиц, получавших традиционное лечение, на 10-е сутки после операции имелось достоверно более выраженное снижение по шкале 3 (Hs) до 47,09±8,31 и тенденция к снижению по шкале 1(Hs) до 56,18±9,09. Полученные данные позволяют говорить о снижении уровня невротизации больных, получавших бемитил. У больных, получавших бемитил, также выявлено достоверное уменьшение уровня тревоги, со снижением показателей по шкале 7(Pt) до 58,64±11,47. В динамике отмечена тенденция к снижению по шкале 8(Sc), индивидуалистичности. Полученные данные позволяют говорить о меньшем застревании больных на личностных проблемах и отражают больший реализм в оценке принятия решений. Также у больных, получавших бемитил, отмечено повышение по шкале 9 (Ma), что позволяет говорить о более высоком уровне оптимизма.

Традиционное лечение

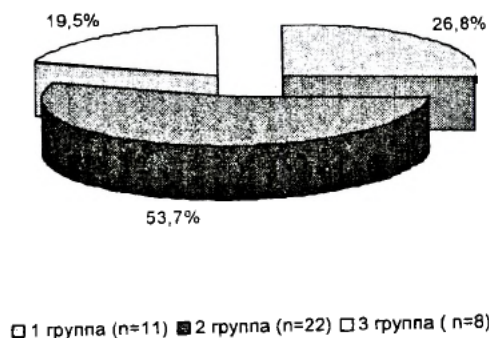


Рис. 14. Соотношение вариантов психологической адаптации по данным ММРІ после открытой холецистэктомии при выписке. Первая группа - больные с психологической дезадаптацией, вторая группа - больные с напряжением психологической адаптации, третья группа - больные с конструктивной психологической адаптацией.

На рисунке 14 показано соотношение числа лиц с разными вариантами психологической адаптации после операции в группе больных желчнокаменной болезнью, получавших традиционное лечение. У 11 больных (26,8%) отмечено состояние психологической дезадаптации. Напряжение психологической адаптации было у 22 больных (53,7 %), конструктивная психологическая адаптация была выявлена у 8 больных (19,5%).

В группе больных, получавших в дополнение традиционной предоперационной подготовке бемитил до операции, при выписке у 2 больных (18,2%) отмечено состояние психологической дезадаптации, у 5 (45,5% – напряжение психологической адаптации. Конструктивная психологическая адаптация была достигнута у 4 (36,4%) больных.

В группе больных, получавших традиционное лечение, число лиц с конструктивным вариантом психологической адаптации на 10-е сутки после операции, по отношению к результатам обследования до операции, снизилось на 7%. В группе больных, получавших бемитил до операции, число лиц с конструктивным вариантом психологической адаптации повысилось на 22%. Число больных с явлениями психологической дезадаптации в группе пациентов, получавших бемитил, снизилось на 18,7%.

Таким образом, число больных с конструктивным вариантом психологической адаптации в группе, получавшей бемитил до операции по отношению к больным, с традиционной предоперационной подготовкой имело тенденцию к повышению ($p \leq 0,1$).

При оценке применения теста Люшера у больных, получавших до операции бемитил на первые и пятые сутки после операции отмечено смещение синего (1) цвета вправо ($p \leq 0,05$). На 10-е сутки после операции эта тенденция сохранялась ($p = 0,066$). Полученные данные указывали на повышение активной жизненной позиции больных и повышение их работоспособности. Уровень тревоги, оцениваемый по смещению основных цветов в конец ряда и компенсаторному перемещению дополнительных цветов на первые три позиции, при обследовании в первые сутки после операции у лиц с традиционной подготовкой повышался на 23% и был равен в среднем 4,3 балла. У больных, получавших до операции бемитил, уровень тревоги, напротив, был на 8% ниже, чем до операции.

В динамике, по результатам опроса, анализировали ответы больных, субъективно отражавшие функциональное состояние

органов желудочно-кишечного тракта, алгии разного характера, оценку перспектив и депрессивные тенденции.

Таблица 32

Жалобы больных, получавших в комплексном лечении бемитил (по данным теста MMPI)

Пп №	Вопросы теста MMPI	Вариант ответа	Применение бемитила		Традиционное лечение	
			Повышение к исходному (%)	p	Повышение к исходному (%)	p
7	Мои руки и ноги обычно достаточно теплые	да	16	<0,1	12	>0,1
23	Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты	нет	36	<0,05	7	>0,1
43	Меня прерывистый и беспокойный сон	да	13	>0,1	17	<0,1
47	Раз в неделю или чаще меня без видимой причины неожиданно «обдает жаром»	нет	23	<0,1	-2	>0,5
55	Меня редко беспокоят боли в сердце или в груди	да	16	>0,1	2	>0,5
62	Я часто чувствую жжение, покалывание или онемение в различных частях своего тела	нет	40	<0,05	10	>0,1
104	У меня нет оснований беспокоиться о том, что со мной будет	да	30	<0,1	0	>0,5
163	Я бы не сказала, что я быстро устаю (если "не устаю" - верно)	да	20	<0,1	-7	>0,1
190	У меня редко болит голова	да	19	<0,1	22	<0,05
335	Мне трудно сосредоточить мысли на чем-то одном	да	-4	>0,5	22	<0,05
526	Мое будущее кажется мне безнадежным	нет	21	<0,05	0	>0,5

Как видно из таблицы 32, у лиц, получавших до операции бемитил, как по отношению к исходному состоянию, так и по отношению к больным, получавшим традиционное лечение отмечена положительная динамика.

Больные, получавшие бемитил, предъявляли меньше жалоб астенического и соматического характера. У них было отмечено повышение активности, конструктивный подход к оценке перспектив.

Полученные результаты свидетельствовали также о конструктивной социальной адаптации больных, получавших бемитил. Будущее виделось им более определенным и вызывало меньше беспокойства, чем у больных, получавших традиционное лечение.

Таким образом, результаты обследования объективно отражали более высокий уровень качества жизни больных, получавших актопротектор бемитил в дополнение к традиционному лечению. Применение бемитила до операции способствовало снижению уровня тревоги, повышению уровня стеничности, увеличению числа больных способных конструктивно решать поставленные задачи.

Продолжительность послеоперационного периода после традиционной холецистэктомии у больных, получавших бемитил до операции, была равна $12,9 \pm 1,6$ суток. Это на 1,5 суток меньше, чем у лиц, получавших традиционное лечение. Число осложнений у больных желчнокаменной болезнью, получавших традиционное лечение было равно 28,1%. Осложнения в группе больных, получавших бемитил до операции, были в 4 случаях, что составляло 11,1% ($p < 0,05$). У 2 из них было нагноение раны. У двух больных отмечено обострение сопутствующих заболеваний - периаартрит и обострение пиелонефрита.

Таким образом, итогом реабилитации до операции является не только верификация диагноза основного заболевания и его осложнений, сопутствующих заболеваний, но и нормализация обменных процессов, коррекция астенических проявлений, снижение эмоционального напряжения, тревоги и оптимизация психоэмоционального состояния для повышения степени психологической адаптации.

На всех этапах реабилитации, в условиях напряжения процессов адаптации, когда малое воздействие может оборачиваться большим откликом, особое значение приобретает рациональная когнитивная психотерапия. Проведение рациональной когнитивной психотерапии перед операцией, в момент пробуждения больного после наркоза, в

первые сутки ближайшего послеоперационного периода. накануне выписки снижало напряженность и повышало активность больного. У пациентов, которым проводилась рациональная когнитивная психотерапия, двигательная активность отмечена с первых часов после операции. К исходу 2-х суток после открытой холецистэктомии больные садились, на третьи сутки начинали ходить.

У 110 больных, поступивших по экстренным показаниям без перитонита и лиц, поступивших по поводу хронического холецистита и язвенной болезни в плановом порядке, после операции выполнены отдельные этапы реабилитационных мероприятий или реабилитационные мероприятия в комплексе. Операционная травма, наркоз, наряду с проявлениями патологического процесса и особенностями психоэмоционального статуса оказывают непосредственное влияние на функциональное состояние головного мозга и психоэмоциональное состояние больного. В эксперименте установлено, что механизм срочной адаптации может быть обусловлен или более эффективной работой энергообеспечивающих систем или более экономичным функционированием энергопотребляющих систем мозга [75]. Больные группы риска, в связи с неустойчивым состоянием, обусловленным напряжением процессов адаптации, нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий после оперативного вмешательства.

Представление о степени адаптации у больных после операции может быть реализовано применением «Шкалы оценки уровня адаптации». С этой целью повторно осуществляется применение теста СМОЛ и последующий анализ полученных результатов (таблица 30).

Больные получали бемитил до операции в течение 2-х дней в суточной дозе 0,5 грамма за сутки и с третьих суток после операции в течение 4-х дней в дозе 0,5 грамма в сутки. Препарат назначали короткими курсами с перерывами. Данная методика признана более эффективной перед непрерывным применением бемитила в течение длительного времени [94].

В 87% случаев у больных, получавших бемитил до и после операции, отмечена «типичная» реакция коркового слоя надпочечников. На протяжении всего наблюдения в послеоперационном периоде уровень трийодтиронина у них достоверно от нормы не отличался. На 7-е сутки после операции у 62% больных, получавших бемитил, уровень трийодтиронина был выше нормы.

У больных, получавших бемитил до и после операции, при выписке, по отношению к исходным данным, отмечено снижение по

шкалам невротической триады. По шкале невротического сверхконтроля 1(Hs) показатели были снижены до $63,47 \pm 15,99$ Т-баллов ($p < 0,05$), по шкале пессимистичности 2(D) снижены до $62,53 \pm 12,86$ Т-баллов ($p < 0,05$), по шкале 3(Hy) эмоциональной лабильности снижены до $55,93 \pm 9,24$ Т-баллов ($p < 0,05$). Вместе с тем, при выписке отмечена тенденция к умеренному повышению по шкале 9 (Ma) оптимистичности до $58,93 \pm 13,80$ Т-баллов.

По отношению к больным, получавшим традиционное лечение, отмечены более низкие показатели по шкалам ригидности 6(Pa) до $54,40 \pm 14,41$ ($p \leq 0,1$) и шкале тревоги 7(Pt) до $58,00 \pm 13,42$ ($p \leq 0,05$). Полученные данные свидетельствовали, о снижении невротизации, уменьшении уровня тревоги, повышении оптимизма и конструктивного подхода при принятии решений.

Традиционное лечение + бемитил до операции и после операции

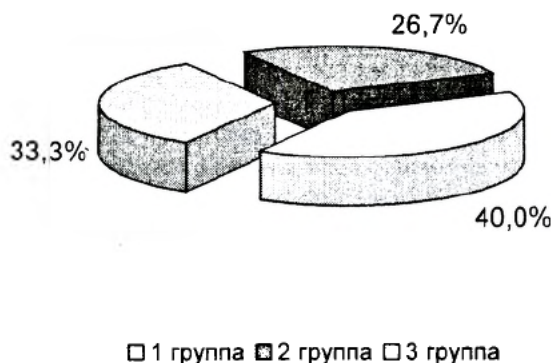


Рис.15. Соотношение вариантов психологической адаптации по данным MMPI при выписке у больных, получавших бемитил. Первая группа - больные с психологической дезадаптацией, вторая группа - больные с напряжением психологической адаптации, третья группа - больные с конструктивной психологической адаптацией.

Число больных с конструктивной психологической адаптацией у больных, получавших бемитил до и после операции, увеличилось на 12%. При выписке в группе больных, получавших бемитил до и после операции, конструктивная психологическая адаптация была у 6 человек, что составило 40% (рисунок 15). Состояние психологической дезадаптации было у 5 больных (33,3%), напряжение психологической адаптации было у 4 (26,7%) человек.

Таким образом, число больных с конструктивным вариантом психологической адаптации в группе получавших бемитил до и после операции по отношению к больным, получавшим традиционное лечение, было достоверно выше ($p \leq 0,05$). Применение бемитила до и после операции позволило снизить тревожно-ипохондрические и депрессивные тенденции, способствовало повышению оптимистичности и снижению уровня невротизации.

Длительность лечения после операции в группе больных, получавших бемитил до и после операции, была равна $12,6 \pm 1,5$ койко-дней. Максимальная продолжительность лечения 17 дней. При традиционном лечении продолжительность лечения была равна $13,1 \pm 3,4$ дней, максимальная продолжительность лечения 25 дней. В группе больных, получавших бемитил до и после операции, осложнения были у 3-х больных (11,53%). В одном наблюдении это было кровотечение, в одном – анастомозит и в одном – обострение пиелонефрита. В контрольной группе осложнения были у 14 больных – 21,9%.

Известно, что повышение активности после ишемии мозга оказывает благоприятное влияние на функциональное состояние ЦНС и предупреждает развитие дистрофических изменений мозга [20]. На основании оценки нейрофизиологических процессов и особенностей психологического состояния больным, оперированным по поводу язвенной болезни и хронического холецистита, показано назначение нейропротекторной терапии. Диагностическим критерием функционального напряжения ЦНС являлись сведения о преобладании в спектре основного профиля ММПИ шкал F, 2(D), 6(Pa), 7(Pt), 8(Sc), 0(Si). Выявленные нарушения могут служить подтверждением о напряжении энергетических процессов в мозге. Нейропротекторная терапия в первую очередь показана лицам с напряжением психологической адаптации.

Ноотропы – вещества, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам [70,151]. Основным представителем группы ноотропных препаратов остаётся циклическое производное ГАМК пирацетам (ноотропил). Пирацетам

свободно проникает через гематоэнцефалический барьер, оказывает позитивное влияние на интегративную деятельность головного мозга, повышает эффективность контроля коры больших полушарий мозга над подкорковыми структурами. Он облегчает иррадиацию возбуждения и процессы межполушарного взаимодействия, обеспечивает объединение коры и различных подкорковых структур в единую динамическую функциональную систему. Пирацетам стимулирует синаптическую передачу в нейронах, оказывает благоприятное воздействие на метаболические процессы мозга, повышает устойчивость мозга к гипоксии и токсическим воздействиям [70, 135,154].

Существенную роль в спектре фармакологического действия пирацетама играет его цереброваскулярная активность. Установлено, что пирацетам подавляет рефлекторные констрикторные реакции артериальных сосудов и способствует улучшению микроциркуляции в ишемизированных участках мозга. Препарат сохраняет пластичность мозга, способствует снижению вязкости крови, уменьшению агрегации тромбоцитов и адгезии эритроцитов к эндотелию сосудистой стенки. В результате применения пирацетама происходит отчетливое снижение повышенного тонуса магистральных артерий, восстановление нормального уровня объемного пульсового кровотока, существенное улучшение венозного оттока. Применение пирацетама восстанавливает коэффициент асимметрии, указывающей на разницу кровенаполнения между полушариями головного мозга [60, 154].

Пирацетам оказывает влияние на метаболические и биоэнергетические процессы нервной клетки в условиях ишемии. В результате облегчения синтеза АТФ он увеличивает энергетический потенциал нейронов, препятствует резкому снижению уровня АТФ и стимулирует активность аденилатциклазы. Это позволяет осуществлять анаэробный метаболизм глюкозы без образования лактата. Препарат уменьшает интенсивность свободнорадикального окисления, и способствует поддержанию синтеза белка при недостаточном поступлении кислорода. Важным свойством пирацетама является его антигипоксическая активность и связанный с ней мембраностабилизирующий эффект, обеспечивающий структурно-функциональные изменения в клеточных фосфолипидных мембранах, высокочувствительных к гипоксии [79, 186].

Применение пирацетама на фоне ишемических нарушений сопровождается нормализацией спонтанной биоэлектрической активности мозга преимущественно за счет основного альфа ритма. Отмечено повышение энергетического уровня спектра ЭЭГ,

сглаживание межполушарной асимметрии со смещением волновой активности в сторону быстрых частот. Применение пираретама при ишемии мозга существенно ускоряет регресс общемозговой и очаговой симптоматики, увеличивает степень восстановления неврологических функций, способствует нормализации вегетативных дисфункций [53,135].

У больных, получивших после операции транскеребральный электрофорез пираретама по глазнично-затылочной методике, достоверно повышался интерес к жизни ($p \leq 0,04$), исчезало подавленное настроение, повышалась жизненная активность, работоспособность. В 2 раза реже отмечались неприятные ощущения в эпигастральной области, тошнота, рвота, изжога. Повышалось внимание, полностью исчезали мрачные мысли, подавленное настроение, обидчивость. Снижалось субъективное чувство усталости. На 17% сокращалось количество жалоб на неприятные ощущения в области сердца, снижалось количество других алгий. У лиц, получавших электрофорез пираретама, уже после первого сеанса отмечено заметное снижение интенсивности болевого синдрома, что сопровождалось нарастанием физической активности. Наркотические анальгетики для обезболивания у лиц, получавших в послеоперационном периоде электрофорез пираретама, использовались на 15% реже, чем у больных, получавших традиционное лечение. Восстановление гемодинамических и гиповолемических нарушений в течение первых 4 суток от момента операции наблюдалось у 78% пациентов, получавших электрофорез пираретама. Клинически это проявлялось снижением частоты сердечных сокращений до нормальных величин, стабильными показателями периферического артериального давления, отсутствием ортостатических реакций. В этот же период, в среднем через 4,2 дня, у больных субъективно отмечалось удовлетворительное состояние, что на 1,5 – 2 суток раньше, чем при традиционном лечении.

С первых суток применения электрофореза пираретама восстанавливалась перистальтика кишечника, продолжительность антибактериальной терапии для профилактики послеоперационных осложнений была меньше на 2,6 суток. Средняя продолжительность стационарного лечения после операции для больных, получавших электрофорез пираретама, составила 11,1 дня, что на 2,1 дня меньше чем у лиц с традиционным ведением послеоперационного периода.

У 89% больных, получавших электрофорез пираретама, отмечена положительная динамика при психологическом тестовом обследовании. Отмечено достоверное снижение уровня тревоги, купировано состояние эйфории, напротив, повышалась стеничность.

Исчезали враждебность и сдержанная агрессия. Снималась внутренняя напряженность, нервозность, склонность к бесконечному обдумыванию проблем. Преобладали конструктивная оценка действительности, здравый смысл и рациональный подход в решении проблем. Таким образом, применение методов электротранквилизации после оперативных вмешательств способствовало оптимизации психологического состояния и клинического течения послеоперационного периода, улучшало качество жизни оперированных больных.

Потребность в оптимальном сочетании специфических и неспецифических протекторных свойств препаратов может быть реализована путём разработки новых фармакологических рецептур. Установлено, что эффективность бемитила повышается при совместном применении с пирарцетамом [72]. Бемитил является базисным компонентом, который обеспечивает метаболическое действие. Его позитивное влияние на функциональное состояние и работоспособность человека наблюдается при максимально широком спектре неблагоприятных воздействий. Дополнительные препараты, должны ослаблять или нивелировать специфические нарушения функций организма при действии конкретного экстремального фактора [79].

Реабилитация должна быть основана на оценке индивидуальных психофизиологических особенностей конкретного человека [140]. Одним из факторов риска развития послеоперационных осложнений и тяжелого течения заболевания считают пожилой возраст. 64,8% осложнений с летальным исходом, наблюдаемых после операции, выявлено у людей пожилого и старческого возраста [28, 115, 165]. Бемитил до и после операции применяли короткими курсами в дозе 0,5 грамма за сутки в течение 3 дней. Со вторых суток после операции больные получали электрофорез пирарцетама по методике электросна. В результате проведенного лечения была отмечена оптимизация гемодинамических показателей. Мы не наблюдали у обследованных больных повышения систолического АД более 150 мм.рт.ст. У больных старше 64 лет интенсивность болевого синдрома была снижена в более короткий срок. С первых суток применения электрофореза пирарцетама успешно применяли ненаркотические анальгетики со спазмолитиками. Повышалась физическая активность больных. Осложнений у больных, получавших после операции бемитил и электрофорез пирарцетама, не наблюдали. Продолжительность стационарного лечения у больных старше 64 лет была снижена с $14,45 \pm 3,77$ дней до $13,16 \pm 1,72$ дней.

Применения волн миллиметрового диапазона. Одним из перспективных путей оптимизации исходов лечения больных после хирургических вмешательств на органах брюшной полости является использование огромного потенциала средств физической медицины [130]. Одна из причин данного процесса в состоянии неустойчивости, в котором организм пребывает после операции. Роль факторов внешнего воздействия при этом значительно возрастает. Ничтожно малое влияние, которое в обычных условиях для организма невелико может привести к выраженным последствиям [155].

Применение в лечении язвенной болезни волн миллиметрового диапазона – КВЧ - терапия получает в медицине все более широкое применение [63,88]. Положительный эффект КВЧ терапии достигается воздействием на метаболические процессы, нормализацией иммунного статуса, улучшением реологических свойств крови. Установлено, что применение КВЧ - терапии в комплексном лечении больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения благоприятно влияет на гемодинамические показатели, обменные процессы и улучшает компенсаторно-приспособительные возможности организма. Особенно выражен сосудистый эффект при дисциркуляторных нарушениях в бассейне сонных артерий и вертебробазилярного бассейна [63,88]. Учитывая благоприятное влияние КВЧ терапии на показатели мозгового кровообращения, особый интерес вызывает анализ психологических особенностей больных, получавших данную терапию.

19 больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки со 2-3 суток после операции в дополнение к традиционному лечению применяли терапию волнами миллиметрового диапазона – КВЧ – терапию. Мужчин было 15, женщин 4, средний возраст больных $45,4 \pm 7,2$ года.

Воздействие осуществляли посредством применения серийных аппаратов «Явь-1-5,6» и «Явь-1-7,1» (Россия), «Прамень» (Беларусь). Процедуры проводили с использованием длины волны 5,6 мм. Курс лечения от 6 до 10 сеансов ежедневно или через день. 10 больных получали КВЧ - терапию через излучатель-волновод, установленный на нижнюю треть грудины, 9 больных, получали КВЧ - терапию на правый плечевой сустав. Оценку психологического состояния и качество жизни оперированных больных оценивали по данным теста MMPI. Полученные результаты представлены в таблице 33 (приложение). Применение данного метода в комплексном лечении больных после операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки способствовало оптимизации процессов

психологической адаптации и повышению качества жизни оперированных больных.

По отношению к больным, получавшим традиционное лечение, при выписке по данным теста MMPI у больных, получавших КВЧ терапию, отмечено снижение по шкале 4(Pd) до $52,33 \pm 10,07$ Т-баллов, 6(Pa) до $49,89 \pm 10,36$ Т-баллов, 7(Pt) до $52,56 \pm 7,73$ Т-баллов и 8(Sc) до $55,22 \pm 11,07$ Т-баллов ($p \leq 0,05$). По отношению к результатам обследования до операции отмечено снижение по шкалам 3(Hy) и 7(Pt) ($p \leq 0,05$). Имелась тенденция к снижению по шкалам 1(Hs), 4(Pd), 6(Pa) и 8(Sc) ($p \leq 0,1$). Полученные данные указывают на снижение уровня тревоги, ипохондрии, негативизма. Отмечено повышение уровня конструктивного подхода и стеничности в решении проблем.

Имеются данные о благоприятном влиянии волн миллиметрового диапазона в комплексном лечении язвенной болезни [101]. 9 больным с язвой двенадцатиперстной кишки в дополнение к консервативным лечебным мероприятиям проведена КВЧ - терапия. Возраст больных $25 \pm 4,2$ лет. Диагноз верифицирован эндоскопически. У 78% больных заболевание протекало на фоне бульбита. Анализ показал, что болезненность и диспепсические симптомы у больных исчезли за $7,2 \pm 2,1$ дней. Длительность консервативного лечения составила $12,6 \pm 3,2$ дней, в то время как длительность лечения в группе больных, получавших традиционное консервативное лечение, было равно $15,1 \pm 4,1$ дней. Применение волн миллиметрового диапазона – КВЧ терапии оказывало благоприятное влияние на скорость репаративных процессов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Закрытие язвенного дефекта подтверждено эндоскопическим контролем. Побочных явлений применения КВЧ – терапии не выявлено.

Результаты применения КВЧ - терапии свидетельствовали об оптимизации психологического состояния и повышении качества жизни больных. Применение КВЧ - терапии способствовало оптимизации репаративных процессов и сокращению продолжительности лечения. Отмечена хорошая переносимость метода как больными в возрастной группе 18-24 года, так и больными до 64 лет.

Применение электросон – терапии. Нарушения психологической адаптации усугубляют течение основного заболевания и снижают резистентность организма. Для коррекции состояния острого и хронического психоэмоционального стресса с высокой эффективностью применяют методики электротранквилизации центральной нервной системы [79]. Известно,

что применение электросонтерапии нормализует корково-подкорковые взаимоотношения и функциональное состояние центральной нервной системы и вегетативной регуляции [130].

Наши данные основаны на результатах обследования 19 больных в возрасте от 25 до 45 лет, оперированных по поводу острого аппендицита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Среди обследованных женщин было 6, мужчин - 13. В послеоперационном периоде Электросон применяли в комплексе с другими лечебными мероприятиями.

Электросон проводили при помощи аппарата «Электросон 10-5» по глазничнозатылочной методике при частоте подачи импульсов тока 10-15 Гц. На курс назначали 5-8 процедур, продолжительностью процедур - 30 минут каждая. Лечение проводили в комплексе с традиционными лечебными мероприятиями послеоперационного периода. У больных, после аппендэктомии лечение начинали со вторых суток после операции. После резекции желудка лечение начинали спустя 4-5 суток, при условии нормализации температурной реакции и отсутствии выраженных изменений на ЭКГ, в анализе крови и мочи.

В результате проведенного комплексного лечения отмечена тенденция к снижению по всем шкалам невротической триады. Уровень депрессии 2(D) был снижен до $61,3 \pm 12,2$ Т баллов ($p \leq 0,05$). В 1,2 раза была уменьшена раздражительность, обидчивость, враждебность, со снижением по шкале 6 (Pa) до $59,8 \pm 12,1$ Т баллов ($p \leq 0,05$). По данным анализа индивидуальных профилей ММРІ на 6-14 Т баллов до $56,3 \pm 10,3$ Т баллов ($p \leq 0,05$) была снижена осознанная тревога 7 (Pt). Снижение по шкалам 8(Sc) до $60 \pm 12,8$ Т баллов ($p \leq 0,1$) и 0(Si) до $59,5 \pm 8,42$ Т баллов ($p \leq 0,05$) свидетельствовало о целенаправленном, конструктивном поведении с расширением сферы интересов, настойчивости, стремлению к позитивному исходу лечения.

Электросонтерапия хорошо переносилась больными. Осложнений при ее проведении мы не наблюдали. Лишь в одном наблюдении, (больная Л., и.б. 1456) лечение было завершено после 3-х процедур в связи с появлением умеренного цефалгического синдрома.

Течение послеоперационного периода проходило без осложнений. С 3-4 суток после аппендэктомии количество жалоб минимально. Раны зажили первичным натяжением. На 6-7 сутки после операции больные выписаны на амбулаторное лечение. Мы не наблюдали обострения сопутствующих хронических заболеваний. Субъективно выявлена более выраженная активность этих пациентов.

Выполненная в комплексе лечебных мероприятий терапия электросном способствовала повышению качества жизни больных после оперативных вмешательств. Следует отметить, что большинство больных уже после первых процедур отмечали оптимистичность, настроенность на благополучный исход заболевания.

Психоэмоциональное состояние изучено у шести больных с нагноением операционной раны. Принимая во внимание выраженное напряжение психологической адаптации при развитии осложнений, лечение гнойных ран проводили комплексно, что включало как общее, так и местное воздействие на патологический процесс. Электросон с частотой импульсов 5-10 Гц по стандартной методике назначали от момента нормализации температуры тела. Курс лечения составил 4-10 сеансов. Электросон терапия способствовала оптимизации психологического состояния больных не только при благоприятном течении послеоперационного периода, но и при лечении гнойно-воспалительных осложнений.

У 80% больных со вторых суток отмечено субъективное улучшение настроения. В последующие дни нарастала активность, нормализовались сон, аппетит. Депрессивные проявления сохранились у 25% пациентов. По данным тестового психологического обследования конструктивная психологическая адаптация к исходу лечения и заживлению раны вторичным натяжением была достигнута у 32% больных. Напряжение в структуре психологической адаптации по данным профиля MMPI было умеренным. Пики по отдельным основным шкалам не превышали 70 Т баллов. Продолжительность лечения у больных, получавших Электросон, по отношению к больным, получавшим традиционное лечение, была на 3-4 дня меньше.

Таким образом, стационарный этап реабилитации включал мероприятия предоперационной подготовки, операции и послеоперационного периода. Схема патогенетически обоснованных реабилитационных мероприятий на стационарном этапе у больных с разной степенью психологической адаптации изображена на рисунке 16.

Известно, что психологические методы диагностики с успехом нашли применение для анализа отдалённых результатов кардиохирургических операций [59]. Выполненные нами исследования позволяют предложить для оценки качества жизни больных, оперированных на органах брюшной полости, степень их психологической адаптации.

Рисунок 16

Схема реабилитационных мероприятий у больных с разной степенью психологической адаптации

Лечебные мероприятия	Группы адаптации		
	Конструктивная адаптация	Напряжение адаптации	Психологическая дезадаптация
Рациональная когнитивная психотерапия			
Бемитил до операции			
Бемитил до и после операции			
Электрофорез пирасетама			
КВЧ терапия			
Электросон терапия			
Иммунокорригирующая терапия при гнойно-воспалительных осложнениях			

Среди больных с осложнениями послеоперационного периода напряжение психологической адаптации на 10-е сутки после операции выявлено у 19 из 20 больных (95%). Во внутренней картине болезни у лиц с осложнениями послеоперационного периода преобладали ригидность, ипохондрия, депрессия. При детальном анализе установлено, что даже в случае клинически благоприятного течения послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, после устранения патологического процесса и заживления раны конструктивная психологическая адаптация достигнута у 19,5% больных. Полученные данные подтверждают необходимость продолжения реабилитационных мероприятий. Одно лишь устранение патологического процесса нельзя считать синонимом полного выздоровления. Напряжение в системе психологической адаптации ведет к длительному периоду

восстановительного лечения вплоть до развития нового патологического процесса.

Второй этап реабилитации – амбулаторно-поликлинический. Нарушения психологической адаптации накануне направления на амбулаторное лечение сопровождались тревогой, иррационализмом. Следует отметить, что во внутренней картине болезни у 40% больных в возрасте старше 25 лет сохранялись депрессивные проявления. Астения разной степени накануне выписки сохранялись у 96,1% больных после открытой холецистэктомии, у 75,4% больных после аппендэктомии и у 96,4% больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Психологические нарушения у больных сопровождались диспепсией, неприятными ощущениями в ране, снижением физической активности.

Напряжение процессов психологической адаптации, свидетельствующее о снижении качества жизни выявлено после открытой холецистэктомии у 80,5% больных. О снижении качества жизни можно говорить у 75% больных после резекции желудка, и у 59,3% больных после аппендэктомии. О достаточном уровне качества жизни оперированных больных можно говорить при конструктивной психологической адаптации, когда устранена склонность к депрессии, ипохондрии и пассивности, а также фрустрация ведущих потребностей, включая фрустрацию потребности в независимости [55, 94].

Помимо симптоматической терапии и коррекции функциональных нарушений со стороны органов пищеварительного тракта на амбулаторно-поликлиническом этапе проводили коррекцию психастенических нарушений и социально-трудовую реабилитацию. Программу реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе определяли индивидуально и рекомендовали к реализации с учетом клинико-психологической оценки состояния больного при выписке. Анализ лечения амбулаторных больных выполняли по выпискам из амбулаторной карты (приложение таблица 34). Установлено, что у больных с напряжением процессов психологической адаптации, спустя месяц после операции, сохраняются жалобы общего характера на нарушения сна, парестезии, слабость, быструю утомляемость. Эти нарушения сохраняются даже на фоне снижения количества соматических жалоб. При конструктивной психологической адаптации отмечено уменьшение астении, что является благоприятным прогностическим критерием для завершения амбулаторного этапа реабилитации. Спустя 10 дней амбулаторного лечения у больных отсутствовали

жалобы общего характера, не было соматических жалоб, болезненности, парестезии и отёка со стороны раны не выявлено. На основании полученных данных на амбулаторно-поликлиническом этапе подход к реабилитации должен быть индивидуальным. Отсутствие общих и соматических жалоб спустя 10 дней амбулаторного лечения может служить показанием к завершению амбулаторного лечения. Выраженные нарушения общего характера являются основанием для консультации психоневролога, что даёт основание выявить пациентов, дополнительно нуждающихся в помощи психотерапевта.

Психотерапия может нормализовать не только эмоциональный фон человека, но и способствует оптимизации психологического состояния. В ряде случаев она способна предотвратить развитие нового патологического процесса [98]. Показания к проведению психотерапии, а также её реализация осуществлялись врачом психоневрологом.

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации для больных с острой патологией при конструктивной психологической адаптации может быть ограничен коррекцией физиологических нарушений. У больных с напряжением адаптационных процессов реабилитация - комплексный многоэтапный и многоуровневый процесс. Реабилитация включает коррекцию, как физиологических, так и психологических нарушений.

Реабилитация, построенная на принципах системного подхода и индивидуальной оценки адаптации, позволила сократить число больных с астенией, снизить продолжительность амбулаторного лечения, повысить качество жизни оперированных больных. Повторных госпитализаций после холецистэктомии в сроки до двух лет у больных, получавших комплекс реабилитационных мероприятий, отмечено не было.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки внутренней картины болезни, степени напряжения психологической адаптации, степени выраженности астенических нарушений больным хирургическими заболеваниями органов брюшной полости показано выполнение психологического тестового

исследования посредством многофакторного опросника MMPI и его сокращенного варианта СМОЛ. Расчет основных шкал профиля и построение графика выполняется как при помощи таблиц, так и посредством компьютерных программ.

Оценка степени напряжения психологической адаптации выполняется путем построения графика основных шкал профиля MMPI. Интерпретация полученных результатов: Состояние психологической дезадаптации - профиль MMPI у больных приподнят с пиками по пяти и более основным шкалам более 70 Т баллов. Напряжение психологической адаптации - профиль MMPI умеренно повышен с пиками более 70 Т баллов по одной – четырём основным шкалам. Конструктивная психологическая адаптация - профиль MMPI умеренно повышен, но не превышает 70 Т баллов.

2. Сведения о психоэмоциональном состоянии больного дополняет цветовой тест Люшера. О степени выраженности тревоги свидетельствует перемещение цветов 1, 2, 3 и 4 в конец выбора либо смещение цветов 7, 6, 0 в начало ряда. Для лиц с благоприятным течением послеоперационного периода наблюдается сдвиг красного цвета вправо и тенденция к сдвигу выбора чёрного цвета влево. Для больных с осложнённым течением послеоперационного периода наблюдается перемещение красного и желтого цвета на более низкие позиции (вправо) и повышение предпочтения выбора черного цвета - сдвиг влево.

3. Для скринингового определения степени адаптации и выделения больных группы риска по развитию осложнений предложен тест опросник - Шкала адаптации (таблица 31).

Общая характеристика теста

- ✓ Название теста: Шкала адаптации
- ✓ Контингент испытуемых: предложенный вариант методики предназначен для испытуемых, госпитализированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Возможно индивидуальное и групповое обследование.
- ✓ Предмет диагностики: степень напряжения процессов адаптации
- ✓ Операциональный статус: методика стандартизированного самоотчёта – тест опросник. Формулировки вопросов шкалы взяты из адаптированного варианта Миннесотского многопрофильного личностного теста MMPI без изменений.
- ✓ Сопряжённые практические задачи: решает задачу оценки степени адаптации

- ✓ Компетентность исполнителя: Заполнение шкалы не требует присутствия подготовленного специалиста.
- ✓ Комплектность, состав методики: методика содержит 21 вопрос, которые размещены на специальном бланке, инструкцию, ключи.
- ✓ Методологическая основа: Измеряемые показатели: 13 пунктов оценивают аффективные симптомы, остальные 8 – соматические. Уровень адаптации определяется соотношением числа ответов соответствующих дезадаптации к числу вопросов в тесте.
- ✓ Диагностическая процедура: Испытуемому предлагается бланк опросника. Пациент оценивает предложенные вопросы и заносит их в соответствующие графы бланка в соответствии с его ответами «Да» или «Нет»

Описание методики: Шкала заполняется пациентом после краткого инструктирования. Заполнение требует около 3 минут.

Стандартизация теста. Мужчины, набравшие более 7 баллов и женщины, набравшие более 9 баллов по Шкале адаптации, являются группой риска по развитию осложнений послеоперационного периода и требуют проведения корректирующих реабилитационных мероприятий.

4. В качестве превентивной антиастигмической терапии в дополнение традиционной медикаментозной подготовке до операции больным рекомендован к применению актопротектор бемитил коротким курсом 3-4 дня по 0,5 грамма в два приема. В случае длительной подготовки к операции при нарушении психологической адаптации и при нарушениях вегетативной регуляции, бемитил по 0,5 грамма в два приема после перерыва в 3 дня рекомендуем к применению повторно в течение трёх дней. Учитывая эффект возбуждения, препарат рекомендуется принимать в первую половину дня. В период приёма бемитила рекомендовано углеводное питание.

Больным группы риска по развитию осложнений послеоперационного периода, лицам с длительным анамнезом и тяжёлым течением заболевания, в дополнение традиционного лечения для оптимизации психологического состояния и физиологических показателей со 2-5 суток после операции (с момента приёма пищи) рекомендуем приём бемитила 0,25г. х 2 раза в день в течение 3-х дней. Препарат назначается 1-2 короткими курсами с перерывами 3 дня.

Бемитил двумя, тремя короткими курсами 0,25 грамма 2 раза в день с перерывами по 3 дня рекомендуем к применению в период амбулаторно-поликлинического лечения. Бемитил рекомендуем при

астенических нарушениях, выявленных по данным психологического обследования на 10-е сутки после операции.

Противопоказаний применению бемитила не выявлено.

5. Рациональная когнитивная психотерапии рекомендована к выполнению в период ожидания операции, в момент пробуждения больного после наркоза, в первые сутки ближайшего послеоперационного периода, накануне выписки. Больным разъясняется суть операции, особенности выполнения отдельных её этапов, особенности наркоза и посленаркозного периода, особенности течения послеоперационного периода.

6. Для купирования астенических проявлений, нормализации функционального состояния органов пищеварительного тракта, центральной нервной системы и вегетативных нарушений, профилактики гнойно-воспалительных осложнений после операции на органах брюшной полости рекомендован к применению трансцеребральный электрофорез пирацетама. Электрофорез пирацетама выполняется по глазничнозатылочной методике 5% водным раствором ампульного пирацетама с анода, один раз в день в утренние часы при плотности тока – $0,03-0,05 \text{ мА/см}^2$ (с учетом индивидуальной чувствительности больного к силе тока до ощущения покалывания под активным электродом). Используется импульсный прямоугольный ток с частотой 10 Гц. Продолжительность процедуры 10-15 минут. Лечение назначается при отсутствии выраженной тахикардии (ЧСС до 90 ударов в минуту) и гипертермии через 2-3 дня после операции. Первые 3-5 процедур электрофореза пирацетама можно выполнять непосредственно в палате. Продолжительность лечения - 7 - 10 ежедневных процедур. Для проведения электрофореза пирацетама может быть использован аппарат «Электросон-ЭС-10-5».

7. В таблице 35 представлен Протокол неспецифической реабилитации больных желчнокаменной болезнью с учётом этапа лечения и степени адаптации. Больные с конструктивной психологической адаптацией по клиническим показаниям могут быть переведены на амбулаторное лечение в ранние сроки после операции после удаления дренажей и отмены антибактериальных препаратов.

Таблица 35

Протокол неспецифической реабилитации больных желчнокаменной болезнью:

До операции	После операции	Амбулаторно-поликлинический этап
Оценка функционального состояния систем адаптации	Рациональная когнитивная психотерапия	Выделение больных с конструктивной психологической адаптацией.
Оценка степени напряжения психологической адаптации	Бемитил 0,25 г. 2 раза в день 3 дня больным группы риска	Бемитил двумя, тремя короткими курсами 0,25 г. 2 раза в день по 3 дня при астении
Анализ внутренней картины болезни	Электрофорез пирацетама по глазничнозатылочной методике	Консультация больных группы риска психотерапевтом
Предоперационная подготовка с учётом внутренней картины болезни	Выполнение иммунограммы больным с психологической дезадаптации	Психофармакотерапия больным группы риска по назначению психотерапевта
Выделение больных группы риска	Иммунокорригирующая терапия по данным иммунограммы	
Бемитил 0,25 г. 2 раза в день 3 дня	Симптоматическое лечение с учетом индивидуальных особенностей больного	
Рациональная когнитивная психотерапия		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактика ранних и поздних послеоперационных осложнений является важной клинической, социальной и экономической проблемой. Решение этой проблемы может быть достигнуто оптимизацией адаптационных реакций организма в ответ на экстремальные воздействия патологического процесса и оперативного вмешательства. Одним из основных критериев эффективности проводимых мероприятий является степень повышения качества жизни оперированных больных.

Многочисленными исследованиями установлены закономерности адаптивных реакций функциональных систем организма. Вместе с тем, настоящее время характеризуется попытками переосмысления взглядов на причины формирования патологического процесса и характера ответной реакции организма с позиций системного подхода. В связи с этим дальнейшего изучения требуют механизмы взаимодействия систем адаптации.

Человек - это единая и неделимая социально интегрированная, многоуровневая, живая система [83,134]. Процессы жизнеобеспечения и адаптации происходят в организме непрерывно, находятся в состоянии динамического равновесия, связаны между собой и взаимодействуют по принципу обратной связи. Они подчинены единой цели – сохранению гомеостаза. Редукционистский подход для оценки происходящих процессов, позволяет детально анализировать ответные реакции функциональных систем организма. Вместе с тем, системы адаптации находятся в сложной динамической зависимости между собой. Их взаимодействие наряду с другими факторами обуславливают течение патологического процесса и исход заболевания. При патологическом процессе, требующим оперативного вмешательства, степень напряжения адаптационных процессов повышается. Характер взаимодействия систем адаптации изменяется. Результатом лечения может быть переход на новый уровень функционирования. Возможен благоприятный исход заболевания, либо развитие осложнений. Для анализа причин развития осложнений и неблагоприятных исходов, коррекции происходящих при этом изменений необходимо изучение механизмов системной адаптации на уровне целого организма.

Особый статус человека позволяет постулировать значимость психосоциальных особенностей среди других систем адаптации. В человеческой популяции социальная среда становится доминирующей по отношению к отдельным личностям и их системной биологической организации. Информационные социальные отношения приобретают

для человека ведущее значение, как в плане системной организации его поведения, так и в состоянии его здоровья (Судаков 1999). Изучая процессы адаптации, в условиях целого организма выявлено, что между психологическими особенностями, гормональной и иммунной ответными реакциями выявлены сложные взаимодействия, детерминированные, вероятно, филогенетически. В норме, то есть в условиях равновесного или слабонеровновесного состояния, указанная зависимость представлена линейными характеристиками – активация, напряжение, истощение.

По степени повышения профиля ММРІ в условиях психозомоционального и операционного стресса методом дискриминантного анализа среди больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости выделены группы, различающиеся по характеру основного профиля ММРІ и по степени психологической адаптации. Выделено три основных типа психологической адаптации. Конструктивная психологическая адаптация определена у 22% больных, напряжение психологической адаптации отмечено у 42 % больных, состояние психологической дезадаптации выявлено у 36% больных. Ответная реакция организма на операционный стресс в зависимости от исходного психологического состояния носит неоднозначный характер. При конструктивной психологической адаптации течение восстановительных процессов гладкое. При психологической дезадаптации адаптивные возможности организма ослабевают, но состояние является достаточно устойчивым в связи с формированием новых путей взаимодействия. У больных с напряжением процессов психологической адаптации степень неустойчивости адаптивных процессов имеет более выраженный характер.

Для профилактики осложнений актуальным является их прогнозирование. При благоприятном течении послеоперационного периода выявлена высокая корреляционная зависимость между показателями шкал профиля ММРІ, показателями гормональной, иммунной активности и параметрами нейрофизиологических процессов. Вместе с тем, при развитии осложнений даже на фоне относительного благополучия и при отсутствии значительных клинических нарушений у больных с напряжением психологической адаптации и при дезадаптации, нами выявлено отсутствие корреляционной зависимости между показателями профиля ММРІ и параметрами других систем адаптации. То есть, степень корреляционной зависимости между показателями адаптивных процессов позволяет прогнозировать характер течения послеоперационного периода.

Выполненные исследования подтверждают, что напряжение функциональной активности систем, обеспечивающих адаптационные процессы, в периоды стресса усиливается. Чем больше начальное напряжение, тем меньшее воздействие может вывести систему из состояния равновесия и привести к изменению условий функционирования. Напряжение в системе психологической адаптации требует в ответ большего напряжения функциональной активности других систем и, таким образом, ослабляет возможности адаптации для организма в целом. В случае, когда один из компонентов системы в силу разных обстоятельств выведен из состояния равновесия, функционирование других систем адаптации происходит в более напряженных условиях. Это состояние проявляется повышением степени асимметрии ответных реакций. Система стремится сохранить устойчивость при помощи механизмов отрицательной обратной связи. В том случае, когда равновесие не может быть достигнуто, повышается напряженность со стороны всех систем адаптации. В условиях неустойчивого равновесия вероятность неблагоприятных исходов у лиц с нарушениями систем адаптации повышается. Таким образом, критерием благоприятного течения послеоперационного периода является отсутствие выраженных изменений в системах, обеспечивающих течение адаптационных процессов. В периоды напряжения, вызванные стрессом, энтропийные процессы в организме усиливаются. Возрастает роль внешних и внутренних факторов, способных оказать влияние на течение реабилитационного процесса. Исходом этих процессов может быть состояние незавершенной адаптации с развитием болезней оперированных органов, иммунодефицита, развитие осложнений, снижение качества жизни оперированных больных. Неустойчивое состояние систем адаптации в любой момент может привести к новому поведению всей системы. В результате этих изменений возможно развитие тяжелых осложнений на фоне мнимого клинического благополучия. Для оценки состояния больного наиболее адекватными становятся описательные характеристики на каждом этапе лечения. Вместе с тем, выявление «слабого звена» в системе адаптации даёт возможность ранней профилактики и лечения.

Можно сказать, что состояние психологической адаптации является аттрактором, в определённой степени обеспечивающим вектор общего состояния процессов адаптации. При значительном, выше определенных пороговых величин, напряжении психологической адаптации система переключается на другой набор аттракторов и затем ведет себя уже иначе. При этом следует учитывать, что если в возбудимой среде есть два или несколько

пейсмекеров, то пейсмейкер меньшей частоты генерации с течением времени подавляется пейсмейкером большей частоты. Можно сказать, что при выраженном напряжении психологической адаптации изменения в иммунной системе становятся ведущими в обеспечении защитных процессов. Это подтверждается и характером послеоперационных осложнений в данной группе больных. Система "входит в новый динамический режим". С момента перехода, то есть бифуркации система больше не следует траектории начальных своих аттракторов — она реагирует на новые. Благодаря новым аттракторам поведение системы выглядит порой случайным, как развитие осложнений на фоне клинически видимого благополучия. Случайно, однако же, она себя не ведет, она лишь реагирует на новый набор аттракторов, задающих ей более сложную траекторию (Laszlo E.1991г.)[166]. Однако не у всех больных с напряжением психологической адаптации возникают осложнения. Эти процессы можно объяснить разной степенью напряжения системы и состоянием других систем адаптации. Исследования показали и разный характер осложнений у больных с разной степенью психологической адаптации.

Следовательно, на основании полученных данных можно утверждать, что состояние психологической адаптации играет важную роль в реализации адаптивных реакций организма. По характеру основного профиля ММРІ, отражающему степень психологической адаптации, нами выделено три клинко-психологические группы - группа с конструктивной психологической адаптацией, группа с напряжением процессов психологической адаптации и группа с явлениями психологической дезадаптации.

При конструктивной психологической адаптации выявлена «типичная» реакция эндокринной системы. Отсутствовал дисбаланс показателей иммунной системы. Метаболические нарушения у больных данной группы носили умеренный характер. Отмечалось благоприятное течение послеоперационного периода.

При напряжении процессов психологической адаптации асинхронность регуляторных процессов возрастала. На основании оценки нейрофизиологических процессов, показателей вегетативной регуляции, клинических показателей и лабораторных данных установлено, что лица с напряжением процессов психологической адаптации имеют более выраженные изменения указанных параметров, чем в группе больных с конструктивной психологической адаптацией.

У больных с явлениями психологической дезадаптации показатели биоэлектрической активности мозга и вегетативной

регуляции функций были изменены в меньшей степени, чем при напряжении адаптации. Вместе с тем, у больных с явлениями психологической дезадаптации выявлена тенденция к коагулопатии, отмечены более выраженные нарушения показателей иммунитета.

Особенности клинического течения заболевания, наряду с анализом послеоперационных осложнений и оценкой длительности лечения показал, что больные с напряжением процессов психологической адаптации и с явлениями психологической дезадаптации являются группой риска по развитию осложнений послеоперационного периода.

В результате патологического процесса происходят не только локальные изменения в поражённом органе. Происходит напряжение систем адаптации организма с их перестройкой и нарушением взаимодействия. В динамике лечебного процесса больной постоянно испытывает психоэмоциональное напряжение, обусловленное госпитализацией, лечебно-диагностическими манипуляциями, неизбежностью факта операции и подготовки к ней, самим фактом оперативного вмешательства, мероприятиями послеоперационного периода.

Параметры адаптационных процессов больных от госпитализации до выписки из стационара имеют неустойчивый характер. Организм больного проходит через периоды напряжения адаптации, продолжительность этих периодов варьирует и может быть диагностирована посредством анализа основных параметров регуляции. Характер происходящих процессов носит нелинейный характер, в результате происходящих процессов возможно развитие тяжелых осложнений на фоне кажущегося клинического благополучия. Характер и особенности взаимодействия систем адаптации до оперативного лечения и после операции дают основание клинически обосновать понятие «операционная болезнь». Для оценки состояния больного и прогноза заболевания необходимо проведение интегральной оценки физиологических и психологических компонентов адаптации.

Таким образом, предоперационная подготовка, оперативное вмешательство, ближайший послеоперационный период являются важными этапами для проведения корректирующих мероприятий. Конструктивное вмешательство в периоды напряжения и неустойчивости может привести к повышению качества жизни больного. Неблагоприятное влияние может привести к затяжному течению восстановительных процессов.

С учётом приведенных данных обосновано проведение лечебных мероприятий, целью которых является переход от

непредсказуемого поведения системы по алгоритму диссипативной структуры к направленному движению вдоль желаемых инвариантных многообразий – аттракторов, к которым подстраиваются все другие переменные динамической системы. При огромном числе факторов внутренней и внешней среды сохранение равновесного состояния системы может быть достигнуто воздействием на организм в целом и поддержанием энергетического баланса. В качестве средств, направленных на повышение резистентности организма и нейропротекторной терапии, применён препарат группы актопротекторов бемитил. С этой же целью использован препарат метаболического действия пирацетам при различных способах его введения.

На основании полученных данных можно утверждать, что эффективность лечения достигается лишь комплексным воздействием. Коррекция процессов адаптации должна включать мероприятия направленные на купирование астенических нарушений, индивидуальную психофармакотерапию и нейропротекторную терапию по результатам оценки психологического состояния. Возрастает значение рациональной когнитивной психотерапии. До операции психотерапия должна быть направлена на преодоление болезни, после операции – на преодоление условий, которые к данной болезни привели. Для повышения резистентности обосновано применение нейропротекторной терапии, актопротекторов, физиотерапевтических методов регуляции.

Клиническими наблюдениями установлено, что при минимом благополучии возможно развитие осложнений и в отдалённые сроки после операции. Полное выздоровление может быть достигнуто через комплекс реабилитационных мероприятий на всех этапах лечения. Реабилитация больных, поступивших для оперативного лечения, процесс сложный. Переход больного из одного состояния в другое проходит через периоды неустойчивости, когда минимум влияния вызывает значительные изменения. При прочих равных условиях состояние адаптации зависит от психоэмоционального состояния организма. На основании полученных данных нами разработан протокол реабилитационных мероприятий. Реабилитацию мы рассматриваем как состояние завершённой адаптации с возвращением систем адаптации к линейной зависимости. При длительно протекающих заболеваниях операция лишь этап восстановления утраченного равновесия. Достигнуть выздоровления возможно при сбалансированном функционировании всех систем адаптации.

Адаптация организма обеспечивается физиологическими и психологическими компонентами, которые тесно взаимодействуют

между собой. Патологический процесс, требующий хирургической коррекции, характеризуется напряжением адаптационных процессов, их нелинейной зависимостью и неустойчивостью. Исход заболевания в этих условиях определяется неоднозначно. Вероятность неблагоприятных исходов в периоды диссипативного равновесия при операционном стрессе, в условиях высокой степени напряжения одного из компонентов адаптационных процессов повышается.

У лиц с напряжением адаптации вероятность развития осложнений после оперативных вмешательств значительно возрастает. Сохраняющиеся психоэмоциональные нарушения являются одной из причин неблагоприятных исходов заболевания, снижения качества жизни оперированных больных и рецидива заболевания.

Реабилитация, построенная по принципу патогенетической обоснованности, индивидуалистичности, непрерывности и преемственности с комплексным воздействием на процессы адаптации фармакологическими, психотерапевтическими, физиотерапевтическими методами позволяет улучшить как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения больных острыми и хроническими заболеваниями органов брюшной полости, при благоприятном течении заболевания и при развитии осложнений.

Приложение
Таблица 2

Усредненные показатели теста ММРІ при поступлении у больных желчнокаменной болезнью (n=96)

Названия шкал	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандарт- ное отклонение	p*
L	49,84	49	35	73	43	53	8,38	p<0,05
F	69,28	66	42	110	59	78	14,04	p<0,05
K	50,68	48	34	89	44	57	9,16	p<0,05
1(Hs)	64,81	64	40	94	57	73,5	11,40	p<0,05
2(D)	67,15	66	42	90	59,5	74	10,18	p<0,05
3(Hy)	59,24	59	34	97	53	67	10,62	p<0,05
4(Pd)	66,03	68	37	94	60	72	10,62	p<0,05
5(Mf)	59,03	59,5	33	79	53	65,5	9,01	p<0,05
6(Pa)	68,96	67	41	106	59	79	13,28	p<0,05
7(Pt)	65,92	66	38	88	58	74	10,40	p<0,05
8(Sc)	68,71	68	46	96	57	80	12,90	p<0,05
9(Ma)	58,04	55	32	87	50	66	10,74	p>0,1
0(Si)	63,03	64	46	76	58,5	68	7,25	p<0,05

Примечание. * Достоверно по отношению к контрольной группе (тест Манна- Уитни)

Таблица 3

Усредненные показатели теста MMPI у больных желчнокаменной болезнью на 10 сутки после операции (n=42)

Названия шкал	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*	p**
L	49,60	50	36	70	43	53	7,91	p>0,5	p>0,1
F	66,90	66	47	108	55	73	14,14	p>0,5	p>0,5
K	48,95	48	33	65	45	53	7,36	p>0,1	p>0,1
1(Hs)	59,74	60	41	89	49	68	11,73	P<0,05	p>0,1
2(D)	62,29	61,5	44	92	56	68	9,33	P<0,05	p>0,5
3(Hy)	54,10	54	32	82	47	61	12,01	P<0,1	p>0,5
4(Pd)	61,74	62,5	35	79	54	69	10,31	P<0,05	p>0,5
5(Mf)	59,79	59,5	38	79	56	64	8,34	p>0,5	P<0,1
6(Pa)	64,05	65	41	89	53	73	12,54	P<0,05	p>0,1
7(Pt)	63,86	65	41	91	58	68	9,99	p>0,5	p>0,1
8(Sc)	64,86	63,5	41	88	57	74	11,67	P<0,1	p>0,5
9(Ma)	61,81	60	38	93	53	66	11,65	p>0,5	p>0,1
0(Si)	60,21	60	41	74	56	65	7,25	p>0,1	p>0,1

Примечание: 1.* Достоверно по отношению к результатам обследования до операции (тест Вилкоксона)

2.** Достоверно по отношению к результатам обследования на 5-е сутки после операции (тест Вилкоксона)

Таблица 4

Профиль основных шкал ММРІ больных желчнокаменной болезнью при разной длительности анамнеза заболевания

Названия шкал	Анамнез заболевания до одного года				Длительность заболевания от 1 до 5 лет					Длительность заболевания 5-10 лет				
	Среднее	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	Среднее	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*	Среднее	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*
L	48,30	46	53	5,54	50,25	46	53	7,30	p>0,5	47,22	43	49	6,72	p>0,5
F	59,70	53	68	9,88	72,79	65	81	13,09	p<0,05	71,00	59	78	19,93	p>0,1
K	52,60	46	59	8,17	48,96	44	55	7,18	p>0,1	50,89	42	57	10,73	p>0,5
1(Hs)	57,40	47	70	11,96	68,00	59,5	77	9,50	p<0,05	69,11	60	80	12,15	p<0,05
2(D)	62,10	58	66	7,94	72,50	65,5	80	9,39	p<0,05	65,56	58	71	13,03	p>0,5
3(Hy)	49,80	41	57	9,07	62,25	56,5	69,5	9,00	p<0,05	61,89	56	67	8,33	p<0,05
4(Pd)	67,30	60	75	11,69	68,54	58,5	78	11,54	p>0,5	64,89	58	72	12,63	p>0,5
5(Mf)	56,30	51	59	9,06	59,71	53	66	9,06	p>0,1	61,11	51	71	11,02	p>0,5
6(Pa)	60,80	57	68	6,58	76,63	67,5	86	14,22	p<0,05	66,78	59	76	11,54	p>0,1
7(Pt)	61,70	55	65	10,08	70,04	65	76	9,49	p<0,05	70,89	67	81	11,57	p<0,05
8(Sc)	61,00	54	71	11,68	74,67	67	84	12,57	p<0,05	73,78	66	84	13,69	p<0,1
9(Ma)	53,60	52	55	2,91	59,50	54	68	11,29	p<0,05	60,22	48	70	14,56	p>0,5
0(Si)	59,30	52	62	7,39	65,83	62	70	6,22	p<0,05	64,56	60	67	6,27	p<0,1

Примечание.* Достоверно по отношению к показателям больных с анамнезом заболевания меньше года контрольной группе (тест Манна- Уитни)

Таблица 5

Усредненные показатели теста MMPI при выписке у больных с благоприятным течением заболевания на 10-е сутки после операции (n=229)

Названия шкал	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*	p**
L	50,12	49	34	80	42	56	9,83	p>0,1	p>0,5
F	65,89	64	44	108	55	72	13,58	p>0,1	P<0,05
K	51,26	50	31	81	46	57	8,74	p>0,1	p>0,1
1(Hs)	59,31	58	32	99	50	67	12,34	P<0,05	P<0,05
2(D)	63,98	63	40	99	56	71	11,01	P<0,05	P<0,05
3(Hy)	53,79	53	26	99	45	60	11,62	P<0,05	P<0,05
4(Pd)	63,6	63	34	95	55	71	11,26	p>0,5	P<0,05
5(Mf)	57,92	58	33	80	51	64	9,09	p>0,5	P<0,05
6(Pa)	61,5	59	38	91	53	70	12,66	P<0,05	P<0,05
7(Pt)	61,76	61	32	93	55	68	10,24	p>0,1	P<0,05
8(Sc)	66,2	64	40	108	57	74	13,23	p>0,1	P<0,05
9(Ma)	59,13	59	30	94	50	68	11,56	P<0,1	p>0,1
0(Si)	58,83	59	39	78	54	64	8,06	P<0,05	p>0,1

Примечание:1.*Достоверно по отношению к группе с осложнённым течением (тест Манна- Уитни)

2.** Достоверно по отношению к результатам обследования до операции (тест Вилкоксона)

Таблица 6

Усредненные показатели теста MMPI при осложненном течении послеоперационного периода на 10-е сутки после операции (n=84)

Названия шкал	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*	p**
L	51,57	50	36	80	43	56	9,56	p>0,1	p>0,5
F	67,83	68	45	120	58	76	13,23	p>0,1	p>0,5
K	50,3	50	31	68	44	56,5	8,01	p>0,1	p>0,5
1(Hs)	62,58	61,5	31	98	53	70	14,14	P<0,05	P<0,05
2(D)	67,05	66	46	90	58	75	10,51	P<0,05	p>0,1
3(Hy)	56,2	56,5	31	86	47	64	11,25	P<0,05	P<0,05
4(Pd)	64,33	63,5	29	93	55	73	12,66	p>0,5	p>0,1
5(Mf)	58,32	59	38	81	52	64	9,73	p>0,5	p>0,5
6(Pa)	67,54	68	39	102	57	77	14,49	P<0,05	p>0,1
7(Pt)	64,1	63,5	40	88	57	71	11,21	p>0,1	P<0,05
8(Sc)	68,55	67	39	136	57	76	15,54	p>0,1	p>0,1
9(Ma)	61,92	61	40	93	53	70,5	11,43	P<0,1	p>0,1
0(Si)	61,06	62	40	82	55	66,5	7,86	P<0,05	P<0,1

Примечание: 1.* Достоверно по отношению к группе с благоприятным течением заболевания (тест Манна-Уитни)

2.** Достоверно по отношению к результатам обследования до операции при $p \leq 0,05$ по Вилкоксоу

Таблица 8

Описательные характеристики показателей теста Люшера у больных желчнокаменной болезнью при благоприятном течении послеоперационного периода и у больных с послеоперационными осложнениями

Группы	цвета	Среднее	Медиана	Сумма	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*
До операции (n=30) благоприятное	1	5,03	5,0	151	2	7	4,0	6,0	1,56	P>0,1
	2	3,17	3,0	95	1	7	2,0	4,0	1,86	P>0,1
	3	4,40	4,0	132	1	8	2,0	7,0	2,62	p≤0,05
	4	4,70	4,0	141	1	8	3,0	7,0	2,15	p≤0,05
	5	2,10	2,0	63	1	6	1,0	2,0	1,47	p≤0,05
	6	4,87	5,0	146	2	8	4,0	6,0	1,66	p≤0,1
	7	6,63	8,0	199	2	8	5,0	8,0	2,03	P>0,1
	0	5,10	5,0	153	1	8	4,0	7,0	1,92	P>0,1
До операции (n=15) осложне- ния	1	5,47	6,0	82	2	7	4	7	1,81	P>0,1
	2	2,80	2,0	42	1	5	2	4	1,21	P>0,1
	3	3,53	3,0	53	1	8	1	6	2,70	P>0,1
	4	4,87	4,0	73	1	8	3	8	2,72	p≤0,1
	5	2,87	2,0	43	1	7	1	4	1,96	P>0,1
	6	4,87	5,0	73	2	7	4	6	1,25	P>0,1
	7	6,73	7,0	101	4	8	5	8	1,49	p≤0,05
	0	4,87	5,0	73	1	8	3	6	2,07	p≤0,1

Примечание.* Достоверно по отношению к показателям здоровых людей (тест Манна- Уитни)

Таблица 9

Описательные характеристики показателей теста Люшера у больных желчнокаменной болезнью при благоприятном течении послеоперационного периода

Группы	цвета	Среднее	Медиана	Сумма	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*
1-е сутки (n=24)	1	5,00	5,0	120	2	7	4,0	6,0	1,35	p<0,1
	2	3,04	3,0	73	1	8	1,5	4,0	1,92	P>0,1
	3	4,08	3,5	98	1	8	2,0	7,0	2,52	p<0,05
	4	4,04	4,0	97	1	8	2,0	6,5	2,44	P>0,1
	5	2,88	3,0	69	1	8	1,0	4,0	1,85	P>0,1
	6	4,79	5,5	115	2	8	2,5	6,0	2,04	P>0,1
	7	6,96	7,5	167	4	8	6,5	8,0	1,40	p<0,1
	0	5,21	5,5	125	1	8	4,0	7,0	1,98	P>0,1
10-е сутки (n=27)	1	5,04	6,0	136	1	7	4,0	6,0	1,85	P>0,1
	2	2,85	3,0	77	1	6	2,0	4,0	1,54	P>0,1
	3	4,48	4,0	121	1	8	2,0	7,0	2,65	p<0,05
	4	4,81	4,0	130	1	8	3,0	7,0	2,27	p<0,05
	5	2,70	2,0	73	1	8	1,0	4,0	1,77	P>0,1
	6	4,48	5,0	121	1	8	3,0	6,0	1,81	p<0,05
	7	7,00	8,0	189	4	8	6,0	8,0	1,49	P>0,1
	0	4,67	5,0	126	1	7	4,0	6,0	2,02	p<0,1

Примечание.* Достоверно по отношению к здоровым (тест Манна- Уитни)

Усредненные показатели теста MMPI при повторном обследовании после холецистэктомии (n=15)

Названия шкал	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*	p**
L	53,00	46	39	87	39	67	15,90	P>0,5	P≤0,05
F	79,23	72	53	108	63	98	19,37	P≤0,1	P>0,1
K	52,31	50	39	68	48	55	7,30	P>0,1	P>0,5
1(Hs)	66,23	65	49	90	53	75	13,30	P>0,1	P>0,5
2(D)	72,85	74	56	88	68	81	9,71	P≤0,05	P≤0,1
3(Hy)	63,15	60	38	93	51	75	17,19	P>0,1	P≤0,1
4(Pd)	64,77	60	47	85	54	79	14,15	P>0,5	P>0,5
5(Mf)	66,31	66	56	81	58	73	8,68	P≤0,05	P>0,1
6(Pa)	69,00	71	47	89	59	77	14,47	P>0,1	P>0,5
7(Pt)	69,85	71	55	93	61	73	10,25	P≤0,1	P≤0,1
8(Sc)	76,00	80	57	99	63	90	14,36	P≤0,05	P>0,1
9(Ma)	61,00	61	46	73	55	67	8,13	P>0,5	P>0,5
0(Si)	61,08	59	54	73	55	65	6,42	P>0,5	P>0,1

Примечание: 1.* Достоверно по отношению к больным, получавшим традиционное лечение (тест Манна-Уитни)

2.** Достоверно по отношению к результатам обследования при выписке из стационара (тест Вилкоксона).

Таблица 28

Усредненные показатели теста СМОЛ при поступлении у больных желчнокаменной болезнью (n=54)

Названия шкал	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*
L	53,63	54	38	78	47	63	10,51	p>0,1
F	47,04	46	35	64	42	52	6,93	p>0,1
K	55,65	57,5	29	84	46	65	12,39	p<0,05
1(Hs)	52,15	52	22	81	41	62	14,98	p<0,05
2(D)	50,76	51	34	80	41	58	10,05	p<0,05
3(Hy)	50,72	52	22	82	41	59	12,83	p<0,05
4(Pd)	51,83	53	20	82	46	61	11,66	p<0,05
6(Pa)	47,94	46,5	29	77	40	56	11,45	p<0,1
7(Pt)	52,98	54	19	77	45	61	12,26	p<0,05
8(Sc)	47,98	46	21	77	42	55	12,64	p<0,05
9(Ma)	49,06	48,5	23	73	39	54	11,77	p<0,05

Примечание. * Достоверно по отношению к контрольной группе (тест Манна- Уитни)

Таблица 29

Усредненные показатели теста СМОЛ при поступлении в группе больных с психологической дезадаптацией
(n=14)

Названия шкал	Среднее	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандарт- ное отклонение	p*	p**
L	56,36	43	78	48	63	10,90	p>0,1	p>0,1
F	50,64	42	64	46	54	6,27	p<0,1	p<0,05
K	62,50	44	84	54	68	10,69	p<0,1	p<0,05
1(Hs)	65,86	52	80	57	73	8,97	p<0,05	p<0,05
2(D)	58,79	41	80	51	68	11,12	p<0,05	p<0,05
3(Hy)	63,29	36	82	56	70	11,57	p<0,05	p<0,05
4(Pd)	63,07	41	82	61	67	9,66	p<0,05	p<0,05
6(Pa)	54,29	40	77	41	61	13,52	p>0,1	p<0,05
7(Pt)	66,64	56	77	61	73	7,45	p<0,05	p<0,05
8(Sc)	62,29	44	77	55	70	9,67	p<0,05	p<0,05
9(Ma)	48,50	32	69	35	62	13,13	p>0,1	p>0,1

Примечание. * Достоверно по отношению к группе с напряжением адаптации (тест Манна- Уитни)

* *Достоверно по отношению к группе с конструктивной адаптацией (тест Манна- Уитни)

Таблица 33

Усредненные показатели теста MMPI при выписке у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, получавших KBЧ терапию (n=12)

Названия шкал	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение	p*	p**
L	49,33	51	39	56	46	53	6,15	P>0,5	P>0,5
F	63,17	59	51	89	55	66	13,83	P>0,1	P>0,5
K	46,33	48	33	55	40	54	8,45	P≤0,05	P>0,1
1(Hs)	62,67	58	51	83	54	72	12,36	P>0,5	P≤0,1
2(D)	64,33	62,5	56	74	58	73	7,71	P>0,5	P>0,1
3(Hy)	49,50	50	38	58	44	57	7,66	P>0,1	P≤0,05
4(Pd)	54,17	51	47	66	49	61	7,55	P<0,05	P≤0,1
5(Mf)	54,33	57,5	37	60	55	59	8,66	p>0,5	P>0,5
6(Pa)	54,50	51,5	44	68	50	62	8,85	P>0,1	P≤0,05
7(Pt)	53,83	51	45	66	50	60	7,70	P≤0,05	P≤0,05
8(Sc)	55,17	50,5	48	80	48	54	12,40	P≤0,05	P≤0,1
9(Ma)	59,33	58,5	45	79	50	65	12,14	p>0,1	P>0,5
0(Si)	59,83	59	48	76	54	63	9,45	p>0,5	P>0,1

Примечание: 1.* Достоверно по отношению к больным, получавшим традиционное лечение (тест Манна-Уитни)

2.** Достоверно по отношению к результатам обследования до операции (тест Вилкоксона).

ОБСЛЕДОВАНИЕ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Таблица 34

Ф.И.О.	Возраст:
Диагноз	
Операция	Дата:
Сопутствующие заболевания	
Место работы, должность	
Примечание	

	ОБЩИЕ ЖАЛОБЫ:	ДА (+++)*, НЕТ (-)			
		Первое обраще ние	Обследование (дни)		
			10	20	30
1	Я БЫСТРО УСТАЮ				
2	МНЕ ТРУДНО СОСРЕДОТОЧИТЬСЯ - НА ОПРЕДЕЛЕННОЙ ЗАДАЧЕ ИЛИ РАБОТЕ				
3	У МЕНЯ ПРЕРЫВИСТЫЙ И БЕСПОКОЙНЫЙ СОН				
4	Я ЧУВСТВУЮ ЖЖЕНИЕ, ПОКАЛЫВАНИЕ ИЛИ ОНЕМЕНИЕ В РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЯХ СВОЕГО ТЕЛА				
5	БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ У МЕНЯ ПОДАВЛЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ				
6	БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ Я ЧУВСТВУЮ СЛАБОСТЬ				

	СОМАТИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ:	ДА (+++)*, НЕТ (-)			
		Первое обраще ние	Обследование (дни)		
			10	20	30
1	МЕНЯ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В РАНЕ				
2	МЕНЯ БЕСПОКОЯТ ПРИСТУПЫ ТОШНОТЫ И РВОТЫ				
3	НЕСКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ИЛИ ЧАЩЕ МЕНЯ БЕСПОКОЯТ НЕПРИЯТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ В ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА(ПОД ЛОЖЕЧКОЙ)				
4	МЕНЯ БЕСПОКОИТ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА				
5	ВСЯ ПИЩА МНЕ КАЖЕТСЯ ОДИНАКОВОЙ НА ВКУС				
6	У МЕНЯ ОЧЕНЬ РЕДКО БЫВАЮТ ЗАПОРЫ				
7	У МЕНЯ ХОРОШИЙ АППЕТИТ				

	СОСТОЯНИЕ РАНЫ	ДА (+++)*, НЕТ (-)			
		Первое обраще ние	Обследование (дни)		
			10	20	30
1	ЛОКАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ				
2	ОТЕК				
3	ГИПЕРЕМИЯ				
4	ИНФИЛЬТРАТ(степень выраженности)				
5	ОТДЕЛЯЕМОЕ				

Б/л в стационаре.....дней. Б/л амбулаторно.....
дней *- +++ - Степень выраженности симптома (+), (++), (+++).

Список литературы.

1. Аверьянов М.Г., Соколовский В.Т. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями в хирургических стационарах с использованием компьютерной программы эпидемиологического мониторинга // Тез. докл. II российский научно-практ. конф. с межд. участием. М., 1999г. - С 6-7.
2. Агеев Е.К. Итоги исследования психологических факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний// Проблемы медико-социальной экспертизы, профилактики инвалидности и реабилитации в современных условиях. - Тезисы докладов Международной конференции. - Минск, 2001 г. - С.9-11.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина - Москва. - 2002. - 352с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993 - 400с.
5. Алексеенко Ю.В. Легкая черепномозговая травма - Витебск, 2001. - 154с.
6. Анализ психических функций у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование/ Н.Н.Малиновский, А.А.Беляев, Е.Д. Хомская, Е.Н.Олейников//Хирургия. - 2000. - №7. - 2000. - С.17-22.
7. Анастаси А. Психологическое тестирование. Пер. с англ. М.: Педагогика 1982. - 336с.
8. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. - М.: Медицина, 1975. - 448 с.
9. Антигипоксанта и актопротекторы: итоги и перспективы/ Ю.Л. Шевченко, Ю.И. Гороховатский, А.В. Смирнов и др. -Санкт-Петербург, 1994. - с.164.
10. Антронов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и психосоматические привычки действия у детей. - Изд-во института психиатрии. - Москва. - 1999. - 298 с.
11. Арнольд В.И. Теория катастроф. М., 1990. - 240с.
12. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М.: Наука 1984. - 222с.
13. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука. - 1988. - 270с.
14. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. М.: Медицина -1976. - 174с.
15. Божко А.П., Солодков А.П. Зависимость адаптационного эффекта коротких стрессорных воздействий от тиреоидного статуса организма//Проблемы эндокринологии. - 1990 - Т.36 - №5. - С 74-78.
16. Большая медицинская энциклопедия. - 3-е изд. - М., 1975. - Т.2. - С. 281.
17. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения.// Хирургия. - 2000- № 1. - с. 64-67.
18. Винницкий Л. И., Тимербаев В. Х., Визигина Л. И. и др. // Анестезиология и реаниматология. — 1996. №3. -С. 18-21.
19. Виткова О.А., Шаташвили А.Г. Эпидемиологический контроль за внутрибольничными инфекциями // Тез. докл. II российский. научно-практ. конф. с межд. участием. М., 1999. - С. 54-5.

20. Влияние активизации поведения в постренимационном периоде на функциональные и морфологические характеристики мозга/ А.М. Гурвич, Ю.В. Заржецкий, М.Ш. Аврущенко и др. //Анестезиология и реаниматология – 1999. - №1. –С.37-40.
21. Влияние гормонов стрессреализующей системы на течение острого периода ишемического инсульта/В.И.Скворцова, И.А.Платонова, И.В.Островцев и др. //Журнал невропатологии и психиатрии. - 2000. –№4. –С. 22-27.
22. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М.: Медицина 1987 –с. 336.
23. Гарелик П.В., Цилиндз И.Т. Постхолестэктомический синдром: теория и практика // Тез. докл. XII съезда хирургов Республики Беларусь. – Минск, 2002. – С. 90-91.
24. Гаркави Л.Х., Квакина Е.В. Антистрессорные неспецифические адаптационные реакции и противоопухолевая резистентность организма//I съезд онкологов стран СНГ// Тез. Докладов. – Москва, 1996, - с. 685.
25. Горизонтов П.Д., Белоусова О.И., Федотова М.И. Стресс и система крови. – М.: Медицина, 1983. – 240с.
26. Гормональные сдвиги при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости./ Сачек М.Г., Питкевич Э.С., Зеньков А.К. и др.// Здравоохранение Белоруссии 1987. - №4. - С.9-10.
27. Горожанин В.С., Пашенко С.И., Жузжанов О.Т. Личностные характеристики в тестах Г.Айзенка, Р.Б.Кетелла, MMPI, Дж. Тейлор, Ч.Спилбергера и свойств нервной системы.//Здравоохранение Казахстана – 1985. - №6. –С.43-46 т. 166.
28. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста. //Хирургия – 2001. -№9. –С.30-34.
29. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авловенко Ф.Л. Перитонит М.: Медицина. – 1992. – 224 с.
30. Гришин И.Н. Холецистэктомия. – Мн.: Выш.шк., 1989. – 198с.
31. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. // Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений.- М., Медицина – 1981. – 160с.
32. Данилова Н.Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний – М.: Изд-во МГУ, 1992. – 192с.
33. Дашков И.М., Устинович Е.А. Экспериментальные исследования валидности шкалы субъективного предпочтения цвета (тест Люшера) // Диагностика психических состояний в норме и патологии. Л., 1980
34. Дзюба К.В., Мироничев Г.Н. Психосоматические аспекты диагностики и лечения больных различных возрастных групп//Военно-медицинский журнал. – 1998. -№6. – с.40-43.
35. Дубровщик О.И. Снижение опасностей операционной травмы у больных язвенной болезнью и злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта путём адаптационной фармакологической подготовки: Автореф. дис. ...Д-ра. мед. наук., 14.00.27.Москва. 1992. – 44 с Рос. Гос мед ун-т.
36. Ерюхин И.А. Элементы теории экстремального состояния организма // Физиологический журнал им. И.М.Сеченова - 1993. т. 79. - N 9 - с. 98-105.

37. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита. 50 лекций. Москва 2003. С.53-59.
38. Завала Н.В. Актуальные проблемы хирургического лечения острого холецистита//Белорусско-польские дни хирургии. – Гродно 2001. – с.87-89.
39. Зубарев П.Н., Кочетков А.В.Современные подходы к вопросам медицинской реабилитации в хирургической гастроэнтерологии. V съезд научного общества гастроэнтерологов России. //Тез. докладов. М.:Анахарсис. - 2005. - С.532-533.
40. Изменение активности оксидантно-антиоксидантной системы под влиянием гипербарической оксигенации и актопротекторов у больных с печеночной недостаточностью/ Лахин Р.Е., Белозерова Л.А., Максимец В.А., Романов Д.М. //Анестезиология и реаниматология. – №2. – 1999. –с.55-58.
41. Изучение диагностических возможностей цветового теста у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями/ Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев, И.А.Таравкова и др.//Психологический журнал 1989. -№3. – С.106-110.
42. Иоскевич Н.Н., Русин Н.И. Постхолецистэктомический синдром // Здравоохранение. – 1997. - №8. - С 32-37.
43. Искусственно вызванные гнойные заболевания/ А.М.Светухин, А.О.Жуков. Т.В. Бурлова//Хирургия. –1996. -№6. – с 69-72.
44. Исмаилов И.С. Коррекция нарушений гомеостаза в послеоперационном периоде у больных с распространенным гнойным перитонитом.// Хирургия 1997. - №5. – с. 52-55.
45. Кабанов М.М. Роль психических факторов в современной клинической медицине // Советская медицина. –1982. - №12. – С 91-98.
46. Карсонова М. И., Юдина Т. Н., Пинегин Б. В.Некоторые общие вопросы иммунитета, иммунодиагностики и иммунотерапии на модели хирургических инфекций// Медицинская иммунология. – 1999. –Т.1. -№1-2. –С.119-132.
47. Кирпиченко А. А., Пашков А. А. Нейрофизиологический анализ нарушений функциональной активности проекционных систем мозга у больных невротами // Журн. Невропатол. и психиатр. им. Корсакова – 1986. - №11. – с. 1694-1698.
48. Клинико-функциональные и психологические характеристики больных после аортокоронарного шунтирования на этапах реабилитации/ Ю.Н.Замотаев, Ю.В.Мандрыкин, В.А.Косов и др.//Клиническая медицина. – 1998. -№2. –С.25-27.
49. Козюля В.Г. Применение психологического теста СМОЛ для исследования подростков. –М. Фолиум. – 1994. 64с.
50. Колесникова Ю.И. Качество жизни, психологический статус и особенности течения заболевания у больных при язвенной болезни // Клиническая медицина 2001 №6. – С. 44-46.
51. Косенков Н.И. Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии.: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук., 14.00.17, 14.00.16 СПб. 1997- 35с.
52. Косинцев А.Н. Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений при экстренных операциях на органах брюшной полости/Автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.27/ – Москва. - 1993 – 32с.

53. Крапивин С.В. Нейрофизиологические механизмы действия ноотропных препаратов//Журнал невропатологии и психиатрии – 1993. - 43 (4) – С. 541-543.
54. Кривошеёв С.Г., Диверт Г.М. Принципы физиологической регуляции функций организма при незавершенной адаптации// Физиология человека – 2001. – Т.27. - №1. – С 127-133.
55. Крылов Н.Н. Качество жизни больных язвенной болезнью язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения. : Автореф. дис. ...д-ра мед. наук., Москва 1997 14.00.27.- 37с.
56. Крылов Н.Н., Кузин М.И. К методике оценки результатов операций на желудке// Хирургия 2000. - №2, -С.17-20.
57. Кузин Н.М., Крылов Н.Н. Эффективность хирургического лечения дуоденальных язв. // Хирургия 1999. - №5, -С.15-20.
58. Курбанов Ф.С., Асадов С.А., Микаилов Р.Р. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки// Хирургия. - 2000. -№7. – С.37-43.
59. Лауринайтис Э.Ф. Клинико – психологическая характеристика кардиохирургических больных (В пред и послеоперационном периодах): Автореф. дис. ...канд.мед. наук., 14.00.04, 14.00.06 Ленинград. 1986. – 24с.
60. Лечение ноотропилом ишемических поражений головного мозга/ Смянович А.Ф., Шанько Ю.Г., Антонов И.П. и др. // Здоровоохранение. - 1998. - N 6. - С.64-66.
61. Лобанков В.М. К вопросу о причинах роста числа больных с осложненными формами язвенной болезни. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. – Саратов. – 2003. – с.27.
62. Лычиков А.Н. Постишемическая защита тонкой кишки при острой хирургической патологии органов брюшной полости (клинико-экспериментальное исследование) : Автор. дис...докт. мед. наук: 14.00.27 / Российский государственный медицинский университет.-М., 1993 – 32 с.
63. Макарич А.В., Подолько В.А. КВЧ- терапия в реабилитации больных в остром периоде ишемического инсульта.Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Сборник статей. - Минск 2001. –Часть 1. – С 124-128.
64. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика. Пер. с англ. М.: «Класс». – 1998. – 476с.
65. Макшанов И.Я., Дубровшик О.И., Полинский А.А. Повышение устойчивости организма и адаптация его к стрессорным воздействиям – основные звенья современной предоперационной подготовки. // Тез. докл XII съезда хирургов Республики Беларусь. – Минск, 2002. - Часть 2. – С. 260-261.
66. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Современный шовный материал и прецизионная техника шва в хирургии доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. Москва 2000. - 202с.
67. Маньков Ю.У. Психофизиологические механизмы адаптации человека в пред- и послеоперационном периодах.: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук., ВМА 14.00.17, 14.00.16. 1992. - 51с.

68. Маньков Ю.У. Экспериментальная оценка адаптивных реакций человека в предоперационном периоде // Физиология человека . – 1989. - №3. – с.151-157.
69. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистическо-эпидемиологических данных ВОЗ// Журнал невропатологии и психиатрии. - 1999 - №9. – С.46-47.
70. Машковский М.Д. Достижения современной нейрофармакологии. – 1982. – С.107-111.
71. Медведев В.И. Взаимодействие физиологических и психологических механизмов в процессе адаптации// Физиология человека – 1998. - Т.24. - №4. – С.7-13.
72. Медицинская реабилитация раненых и больных (под ред. Ю.Н.Шанина) СПб.: Специальная литература 1997. – 960с
73. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: концепция долговременной адаптации. – М.: Дело. - 1993. – 138с.
74. Меерсон Ф.З., Пшенинкова М.Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. – М.: Медицина, 1988. – 256с.
75. Метаболические и функциональные особенности ЦНС крыс в условиях гипоксии/С.В.Крапинин, А.М.Дудченко, Е.А.Воронина, Л.Д.Лукиянова/ Фармакологическая коррекция гипоксических состояний Тезисы докл. Гродно 1991. – С.18-19.
76. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990. – 560с.
77. Мышкин К.В. Послеоперационная болезнь 1983. - 152с.
78. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.//Издательство Московского Университета. – Москва – 1987. – 168 с.
79. Новиков В.С., Шустов Е.Б., Горанчук В.В. Коррекция функциональных состояний при экстремальных воздействиях. С-Пб.: Наука, 1998. - 542с.
80. Новикова И.А., Булавкин В.П. Современные аспекты иммунодиагностики и иммуноткоррекции в гнойной хирургии – Витебск. – 2001. – 140с.
81. Новое направление профилактики гнойно-септических осложнений в хирургии острого и хронического калькулёзного холецистита/ Гаин Ю.М., Леонович С.И., Стельмах В.А. и др. // Тез. докл. XII съезда хирургов Республики Беларусь - Часть 2 – Минск, 2002. – С. 22-24.
82. Новые проблемы в лечении перфоративных язв/Харкевич Н.Г., Петухов В.И., Криштопов Л.Е и др// Материалы XI съезда белорусских хирургов. – Гродно, 1995. – С.133-135.
83. Общебиологические закономерности формирования послеоперационных осложнений у больных с хирургической патологией лёгких /Ю.Н.Шанин, Л.Н.Бисенков, М.Н.Замятин и др.// Анестезиология и реаниматология . – 1998. - №2. –С.30-35.

84. Оптимизация лечения больных после холецистэктомии. Н.Ф.Дейнеко, В.В.Усенко, О.И. Сироджа, Е.В.Войцехова V съезд научного общества гастроэнтерологов России. //Тез. докладов., М.:Анахарсис. - 2005, - С.338-339
85. Острцов О.Б. Нарушения психической адаптации: структурно-психопатологический и динамический аспекты: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – СПб. : - НИПИ им. Бехтерева 1995.
86. Отдаленные результаты лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях современной фармакотерапии с учётом психосоматического статуса пациента Петров С.В., Мавиди И.П., Хохлова И.М., Соловейчик А.С. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. – Саратов. – 2003. – с.18.
87. Павлов А.С. Физиологические механизмы гомеостатического обеспечения человека при стрессе//Физиология человека. –2001. –Т.27. - №1. – с. 65-73.
88. Пирогова Л.А. Немедикаментозные методы в лечении и реабилитации.// Немедикаментозные методы в лечении и реабилитации. – Гродно. – 2000. – С.18-24.
89. Погодин И.А. Индивидуально личностные детерминанты адаптационного процесса. – ВГУ. – Витебск, 2002. - 186с.
90. Послеоперационная боль. Пер. с англ. Под ред. Ф. Майкла Ферранте, Тимоти Р. Вейд Бонкора. М. Медицина 1998. - 620с.
91. Поздние гнойные послеоперационные осложнения/В.Д.Кузнецов, Н.В.Бобовникова, В.Ф.Михайлов, В.В.Антонов//Хирургия. – 1998. - №7. –С.48-50.
92. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. Новый диалог человека с природой. – Пер с англ. 3-е изд. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 312с.
93. Применение актопротектора бемитила для подготовки больных к плановым операциям. Фомин А.В., Сачек М.Г., Питкевич Э.С. и др. // Новости хирургии. - 1998. - N1. - С.2-6.
94. Применение нового психотропного препарата бемитила при лечении астенических нарушений(клинико-фармакологическое исследование) Александровский Ю.А., Бобков Ю.Г., Незнамов Г.Г. и др.// Журнал невропатологии и психиатрии. - 1988. –Т. 88. - №3 – С.109-115.
95. Проблема острой боли в послеоперационном периоде/ Н.Н.Малиновский, Р.Н.Лебедева, В.В.Нокода// Хирургия 1996. - №5 – С.30-35.
96. Проблемы острого живота. /Борисов А.Е., Земляной В.П., Мовчан К.Н. и др. - СПб.: Полиграфическое искусство, 2003.-174с.
97. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме/ Ф.Б.Березин, Е.М.Куликова, Н.Н.Шаталов, Н.А.Чарова// Журнал невропатологии и психиатрии. - 1997. –Т. ... - №4. – С.35-38.
98. Психотерапевтическая коррекция психосоматических расстройств у лиц, перенесших утрату (смерть) близких родственников./ Кирпиченко А.А., Вишневская А.Ф., Ланицкий Г.А. и др. - Актуальные вопросы психотерапии. Материалы 2-ой республиканской конференции. – Минск 1999г. Минск-Акиона, С.105-107.

99. Пушкарев А.Л. Степень компенсации посттравматического стрессового расстройства у ветеранов военных действий и уровень их психической адаптации. // Проблемы медико-социальной экспертизы, профилактики инвалидности и реабилитации в современных условиях - Тезисы докладов Международной конференции. Минск 2001 г. - с.151-153.
100. Радюк О.М. Динамика содержания в крови кортизола, тироксина, трийодтиронина у пациентов с повышенными уровнями тревожности и депрессии в процессе комплексного лечения// Здоровоохранение. – 2000. -№2 – С. 21-22.
101. Родштат И.В. Миллиметровая терапия и уровень клиншизма врача// Миллиметровые волны в биологии и медицине. – 1996. -№4. – С.35-40.
102. Роль Грандаксина в лечении функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта/Осипенко М.Ф., Храмов Ю.А., Макарова Т.А., Вдовенко Е.Г.// Терапевтический архив. – 2000 – Т.72. -№10 – С.23-26.
103. Роль периферической нервной системы в реализации связи иммунной системы с мозгом // А.Д.Ноздрачев, Л.И.Колосова, А.Б.Моисеева, О.В.Рябчикова //Российский физиологический журнал – 2000. –Т 86 - №6. – С.728-742.
104. Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти Женсва ВОЗ. 1980. Т.1. 757с.
105. Рычагов Г.П. Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии. – Справочное пособие. – Мн., Выш. шк., 1993. – 183 с.
106. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Тромбозмболлия легочных артерий М: Медицина –1990. – 336с.
107. Саркисива К.Ю., Куликов М.А. Профилактическое действие антиоксидантного препарата «Аекол» на поведенческие (психоэмоциональные) нарушения, вызываемые хроническим стрессом у крыс //Российский физиологический журнал – 2000. - №5. – С.557-564.
108. Сачек М.Г., Аничкин В.В. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии. -Мн.: Беларусь, 1986. – 192с.
109. Светухин А.М., Жуков Ф.О., Бурлова Т.В. Искусственно вызванные гнойные заболевания Хирургия 1996. -№6. – с 69-72.
110. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1979. – 84с.
111. Сивец Н.Ф., Адарченко А.А. Послеоперационные инфекционные осложнения//Здоровоохранение. –2000. -№5. – С.29-32.
112. Сидорин В.С. Некоторые вопросы патогенеза инфекционных осложнений операционных ран//Вестник хирургии 1986. – Т.136. - №2. – с 64-66.
113. Сняжкин М.С., Вознесенская Т.Г., Адаптивные способности больных паническими расстройствами (психофизиологическое исследование)// Журн. Неврол. И психiatr. Им. Корсакова. – 1997. - №4. – С.21-24.
114. Система индивидуальной психо и иммунотерапии в нейроанестезиологической практике/ А.А. Старченко, В.С.Красновская, Т.И.Прилукова и др.// Анест и реанимат 1996 - №3. – С. 53-57.
115. Слепых Н.И. Причины осложнений и летальности при острых заболеваниях органов брюшной полости// Вестник хирургии. – 2000. - №2. – С.39-43.

116. Смышчѐв В.Б. К вопросу оценки показателей реабилитации Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Сборник статей - Минск 2001. - Часть 1. - С.175-179.
117. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Москва, 1990. - 88с.
118. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМЛ. - Речь. С.Пб., 2001. - С. 218.
119. Современные принципы лечения гнойных ран /Косинец А.Н., Сачек М.Г., Москалев Ю.И., Гурко В.Н. //Новости хирургии - 1996 - №1. - С.43-46.
120. Состояние факторов иммунной защиты и их нарушения у больных хроническими воспалительными заболеваниями нижних конечностей. /В.К.Гостищев, В.С.Пауков, Л.О.Шкроб и др. //Хирургия. - 1996 - №5. - С.43-47.
121. Столяров И.Д. Взаимодействие нервной и иммунной систем при органических поражениях структур головного мозга: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук., СПб 14.00.16.1998. - 39с.
122. Стрельников А.А. Патогенез посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных военных конфликтов.: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук., Институт мозга человека Рос. АН. - СПб 14.00.16.-1996. - 43с.
123. Ступин В.А., Федоров А.В., М.Салахутдин. Исторические аспекты хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости// Хирургия 1988. - №2. - С.135-139.
124. Судаков К.В. Биологические мотивации в системной организации функций мозга// Журнал неврологии и психиатрии. - 1998. - №2. - С. 53- 57.
125. Судаков К.В. Теория функциональных систем. - М., 1996. - 86с.
126. Тарасенко В.С., Смолягин А.И., Кубышкин В.А. Особенности иммунного статуса при остром панкреатите. - 2000. - №8. - С.51-55.
127. Теппермен Дж., Теппермен Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы (пер. с англ.)// М., - Мир - 1989 - 655с.
128. Тигранян Р.А. //Гормонально-метаболический статус организма при экстремальных воздействиях. - М., Наука - 1990. - 288с.
129. Тополянский В.Д., Струковская М.В., Психосоматические расстройства. - М., Медицина, 1996. - 384с.
130. Улащик В.С., Лукомский И.В. Основы общей физиотерапии. - Минск. Витебск, 1997. - 255с.
131. Фармакологическая коррекция утомления / Бобков Ю.Г., Виноградов В.М., Катков В.Ф. и др. - М., Медицина - 1984. - 208с.
132. Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных. М. Медицина. 1989. - 128с.
133. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии //П.С.Ветшев, К.Е. Чилингариди, Л.И.Ипполитов и др. //Хирургия - №3, - 2002. - С 4-10.
134. Хомич И.И. Человек - живая система. - Мн.: Беларусь, 1989. - 272с.
135. Медицинская реабилитация раненых и больных под ред. Ю.Н.Шанина Санкт-Петербург.- «Специальная литература».- 1997.- 960с.
136. Шапкин Я.В. Полиорганная недостаточность в послеоперационном периоде//Хирургия. - 1999. - №12. - С. 46-49.

137. Шкатова Е.Ю. Изучение уровня качества жизни больных с различными сроками рубцевания гастродуоденальных язв./ V съезд научного общества гастроэнтерологов России. //Тез. докладов, М.: Анахарсис. - 2005, - С. 193-195.
138. Шорох Г.П., Завада Н.В. Острый холецистит. Минск.: Технопроект. - 1997. - 120с.
139. Шпак Л.В. Нервно-психическое состояние и его роль в формировании адаптационно-компенсаторных реакций у больных инфарктом миокарда // Кардиология. - 1990. - Т.30. - №7. - С. 60-69.
140. Шустов Е.Б. Повышение устойчивости к экстремальным воздействиям при астении. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук., 14.00.32, 14.00.25...СПб 1996. - 38с.
141. Эверли Дж.С., Розенфельд Р. Стресс. Природа и лечение. - М.: Медицина. - 1985. - 223с.
142. Экспресс диагностика психологического статуса больного в клинике терапевтической стоматологии./ Ю.М.Максимовский, В.Е.Рожнов, Е.А.Райнов и др.//Стоматология - 1988. - №1. - С.24-26.
143. Эмоциональный стресс. Под ред. Л.Леви. Ленинград. -1970. - 329с.
144. Эрадикационная терапия в комплексном лечении перфоративных язв. Бабкин О.В., Соломко Я.А., Платонов А.Ю. и др. V съезд научного общества гастроэнтерологов России. //Тез. докладов, М.: Анахарсис. - 2005, - С.44 - 45.
145. Эффективность применения электрофореза пирасетама после оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни и хронического холецистита/ А.В. Фомин, И.В. Лукомский, А.Н.Косинец и др. //Здравоохранение 2002. - №6. - С.47-50.
146. Anxiety and the dexamethasone suppression test monitored with saliva/ B. Harris, N. Cook, N. Warner e a // Biological Psychiatry. - 1989. - Vol. 27, №7. - P. 698-704.
147. Anxiety, tipe A personality and endocrine responses to surgery./ P.Salmon, S.Pearce, C.C. Smith e a. //British Journal of Clinical Psychology. - 1989. - Vol.28, №3. - P.279-280.
148. Atkinson J.L.The neglected prehospital phase of heardinjury: apnea and catecholamine surge// Clin Proc 2000. - №75(1). - P.37-47.
149. Clarke D.M., Minas I.H., McKensie D.P. Illness behaviour as a determinant of referral to a psychiatric consultation/liaison service// Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. - 1991. - Vol.25, №3. -P. 330-337.
150. Contingent negative variation: an electric sign of sensorimotor association and expectancy in the human brain / W. G. Walter, R. Cooper, V. J. Aldridge et al. // Nature. - 1964. - Vol. 203, № 4943. - P. 380-384.
151. De Deyn P.-P. Piracetam Symposium. Venice. - 1996. - P.18.
152. Dimenas E., Glise H., Hallerback B. et al// Scand J Gastroenterol 1993; 28: 681-687.
153. Ellis A. Emotional disturbance and its treatment in a nutshell// Canadian Counselor, 1971. - №5. - P.168-171.
154. Experimental rheoencephalographic and electroencephalographic investigations on piracetam/ Nikolova M., Tsikolova R., Nirolov R. et al // Meth. and Find. Expt. Clin. Pharmacol. - 1980 - Vol.2. - P.327-333.

155. Fritjof Capra, *The Turning Point*. Simon and Schuster.- New York., 1982.- P. 58
156. Garcia Vega E., Fernandez Rodriguez C., Sanchez Lombrana J.L. Perfil comportamental del paciente con enfermedad de Crohn//*Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. - 1994.- Vol. 86, №5.-P.791-795.
157. Halpern J.//*Oral Surg*. - 1975. - Vol.39. - P.216-226.
158. Hormonal changes in major depressive disorder./ T.Kitamura, S. Kano, S.Shima e.a.//*Keio Journal of Medicine*. - 1989. - Vol.38, №1. - P.40-52.
159. Incidences psychopathologiques de la biopsie chirurgicale dans le cadre des tumeurs osseuses./Pacault-Legendre-V; Anract-P; Courpied-JP; Ferrand-L// *Encephale*. 1999 Jul-Aug; 25(4): 304-6.
160. Jegede R.O., Baiyewu O. A study of chronic neurotic illness in Nigeria//*African Journal of Medicine & Medical Sciences*. - 1989. - Vol.18(1), №3. - P. 13-20.
161. Kehlet H. Effect of pain relief on the surgical stress response// *Reg Anesth*. 21(6S): 35-37, 1996.
162. Kehlet H. Surgical stress: The role of pain and analgesia//*Br.J. Anaesth*. -1989. -63: P/189-195.
163. Kirk R.M. Reoperative surgery for early complications following abdominal and abdominothoracic operations// *J. of the Royal society of Medicine* Vol.81. - №1. - 1988. - P.7-9.
164. Klassen-A; Jenkinson-C; Fitzpatrick-R; Goodacre-T//*Br-J-Plast-Surg*. 1996 Oct; 49(7): 433-8.
165. Krarup T., Sonderstrup J., Schmidt A. Surgery for gallstones in old age do we operate too late?// *Acta Chir Scand* 1992. - № 281(3). - P.263- 266.
166. Laszlo E. *The Age of Bifurcation*. Gordon & Breach. N. Y -L., 1991
167. Lennard T.W., Shenton B.K., Borzotta A. et al // *Br.J. Surg*. - 1985. - 72. - P. 771-776.
168. Levine J.S., Jacobson E.D. Intestinal ischemic disorders // *Dig Dis* - 1995.- Vol. 13 - No 1.- P. 3 - 24.
169. Life expectancy and social adaptation in individuals with Down syndrome with and without surgery for congenital heart disease./Hijii-T; Fukushima-J; Igarashi-H; et al *Clin-Pediatr-Phila*. 1997 Jun; 36(6): 327-32.
170. Meander-Woodruff J.H., Greden J.F.Grunhaus L. e.a *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 81:4: 364-371.
171. Measurement of health-related quality of life before and after heart-lung transplantation./Caine-N; Sharples-L.D; Dennis-C; et al// *J-Heart-Lung-Transplant*. 1996 Oct; 15(10): 1047-58. Depr 97.
172. Miro-J; Raich-RM. Effects of a brief and economical intervention in preparing patients for surgery: does coping style matter?//*Pain*. 1999 Dec; 83(3): 471-5. Adapt 20.
173. Mitchell-M Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery.//*J-Adv-Nurs*. 1997 Aug; 26(2): 356-63. Adapt 96.
174. National Vital Statistics Reports, Vol 52. №9, November 7, 2003.
175. Nebenwirkungen von Amalgam? Eine interdisziplinäre Studie. Hickel R., Meier C., Schiele R. e.a // *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*. - 1991. -Vol. 46, №8. - P. 299-302.

176. Neurobiology of chronic fatigue syndrome/Gonzalez Michael B., Cousins Jennifer C., Doraiswamy P. Murali// *Progr. Neuro-Psychopharmacol. And Biol. Psychiat.* – 1996. – 20, №5. – С. 749-759.
177. Newman S.P. Analysis and interpretation of neuropsychologic test in cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 1995;59:1351-1355.
178. Normal J., Fink G. The effect of epidural anesthesia on the neuroendocrine response to major surgical stress: a randomized prospective trial// *Am. Surg.* 1997. – Vol.63, №1. – P.75-80.
179. Patient Rehabilitation After Urgent Abdominal Surgery/A.V.Fomin, M.G.Sachek, A.S.Pitkewich et al. - Conference on the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. - September 7-10., 1996. New York Academy of Sciences.
180. Paul F. White PH D MD Премедикация: фармакологическое обоснование// *Journal of Clinical Anaesthesiology.* - 1993, Vol. 36, №5.
181. Watkins A.D. Perceptions, emotions and immunity: An integrated homeostatic network. // *Quart J. Med.* – 1995. – 88, №4. – С 283-294.
182. Perski A., Feleke E. Anderson G. et al. Emotional distress before coronary bypass grafting limits the benefits of surgery.// *Am. Heart J.*, 1998, 136(3). 510-517.
183. Personality traits, coping styles, and mood in patients awaiting lumbar-disc surgery / Hueppe-M; Uhlig-T; Vogelsang-H; Schmucker-P.// *J-Clin-Psychol.* 2000 Jan; 56(1): 119-30. Adapt 20
184. Pezzole F., Generra V., Lorusso D. Morbidity and mortality after elective Bilroth II gastric resection in duodenal ulcer // *Minerva chir.* 1993; 48: 125-126.
185. Physical health and psychological stress// *Biomed. Sci.* – 1996.- 40, №1. – P. 14.
186. Platt D.// *Die Medizinische Welt* – 1992. – Bd 43. - №2 - S.181-190. (165)
187. Postoperative psychiatric complications following liver transplantation /Vieta. E. de Pablo J., Cirera E. et al. // *Med. Clin. Bark.* 1993; 13. 100(6): 210-213.
188. Postoperative psychiatric complications following liver transplantation/Vieta E., de Pablo G., Cirera E. et al.// *Med Clin Barc.* 1993. - №100(6). – P.210-213.
189. Postoperative psychiatric complications following liver transplantation/ Vieta E., de Pablo J., Cirera E., et al. // *Med-Clin-Barc.* – 1993 Feb 13. 100(6): 210-3.
190. Quality of life after kidney transplantation. A 10-20 years follow-up. Gorlen T., Ekeberg O., Abdelnoor M., Enger E., Aarseth P.H.// *Scand J. Urol-Nephrol.* – 1993. – 1993 - 27(1). – P. 89-92.
191. Quality of life after kidney transplantation. A 10-22 years follow-up./Gorlen T., Ekeberg O., Abdelnoor M., Enger E., Aarseth HP.// *Scand-J-Urol-Nephrol.* 1993.- 27(1). – P.89-92.
192. Quality of life in octogenarians after valve replacement due to aortic stenosis. A prospective comparison with younger patients [see comments]/ Olsson-M., Janfjall-H., Orth-Gomer-K et al.// *Eur-Heart-J.* 1996 Apr; 17(4): 583-9
193. Quality of life in patients with upper gastrointestinal symptoms – as improved evaluation of treatment regimens?/ Dimenas E., Glise H., Haleerbach B. et al. // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1993. – V. 28 - P.681-687.
194. Quality of life in stoma patients./Nugent-KP; Daniels-P; Stewart-B; et al.// *Dis-Colon-Rectum.* 1999 Dec; 42(12): 1569-74. Adapt 20.

195. Rehabilitation of patients with extended facial and craniofacial resection./Singh-NA; Clements-KM; Fiatarone-MA. A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders.//J-Gerontol-A-Biol-Sci-Med-Sci. 1997 Jan. 52(1): M.27-35 Resis.
196. Roth J A., Golub S.I-I., Grimm F.R., Morton D.L., //Surgery. - 1976. - 79. - P. 46 - 51.
197. Ruiz A., Silva H. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en un consultorio externo de medicina general//Revista Medica de Chile.- 1990. - Vol.118, № 3. -P. 339-345.
198. Salmon P. The reduction of anxiety in surgical patients. an important nursing task or the medicalization of preoperative worry?// Int. J. Nurs.Stud. 1993; 30(4): 323-330.
199. Severity of depression and hypothalamic - pituitary - adrenal axis dysregulation: identification of contributing factors/ Meador-Woodruff J.H., Greden J.F., Grunhaus L. e.a.//Acta Psychiatrica Scandinavica/ - 1990. - vol. 81, № 4. - P. 364-371.
200. Severity of depression and hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation: identification of contributing factors. J.H.Meador-Woodruff, J.F. Greden, L.Grunhaus e.a.//Acta Psychiatrica Scandinavica - 1990. -Vol 81, №4 -P.364-371.
201. Soderlind-K; Rutberg-H; Olin-C.Late outcome and quality of life after complicated heart operations.//Ann-Thorac-Surg. 1997 Jan; 63(1): 124-8 Quality.
202. Sondenna S., Berhane F. The official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association 2001: 3: 28.
203. Spiegelhalter D., Gore S.M. et al. Br. Med.J. 1992 №305 P 1205-1206.
204. Strain, stress, neurodegeneration and longevity/Gilad Gad M., Gilad Varcla H.// Mech. Ageing and Dev. - 1995. - 78, №2. - P 75-83.
205. STUDYING psychology in action: Study Guide to accompany "Psychology in action"/ K. Huffman, M. Vernoy, B. Williams, J. Vernoy. -New York etc.: Wiley & Sons, 1991. -304 p. -ISBN 0-471-52971-0: 30400-00 p.
206. Survey and treatment strategy of antidepressant-resistant depression./Inoue-T; Izumi-T; Honma-H; et al// Seishin-Shinkeigaku-Zasshi 1996. 98(5): 329-42 Resis.
207. Taylor-CR; Cote-RJ.Immunohistochemical markers of prognostic value in surgical pathology.//Histol-Histopathol 1997 Oct; 12(4): 1039-55.
208. The role of perception of success in the thermal biofeedback treatment of vascular headache/Blanchard Edvard B., Kim Mirihae, Hermann Christiane et al.//Headache Quart.: Curr.Treat and Res - 1994. -Vol5. -№4. - P 231-236.
209. Thyroid function and abdominal surgery. A longitudinal study/ Halade Cherem J., Nellen Hummel H., Gordon Barabejski P. et al//Arch Med. Res. - 1992. -№23(3) - 143-147.
210. Tocme N., Billion P. Questions sur le traumatisme en réanimation Psychosomatique.-1994. -№39.-p. 111-126.
211. Urinary changes in patients following restorative rectocolicectomy./Arai-K; Fukushima-T; Sugita-A; Shimada-H//Surg-Today. 1997; 27(9): 801-5
212. Vallina V., Velasco J. The influence of laparoscopy on lymphocyte subpopulations in the surgical patient// Surg. Endosc. -1996. - Vol. 10, №5/ -P.319-324.
213. Wilson J.P., Krauss G.E. Predicting post-traumatic stress disorders among Vietnam veterans // Post-traumatic stress disorder and the war veteran patient. - New York, 1985. - P. - 102-147.



Научное издание
Фомин Анатолий Викторович

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Монография

Технический редактор И.А.Борисов
Компьютерная верстка А.В.Фомин
Корректор А.В. Фомин

Подписано в печать 02.09.05 Формат бумаги 64х84 1/16
Бумага типографская №2. Гарнитура Таймс Усл. печ. л. 10,0
Уч. – изд. л. 7,86 Тираж 200 экз. Заказ № 5297
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный
медицинский университет»
ЛИ №02330/0133209 от 30.04.04
210602, Витебск, Фрунзе, 27

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном медицинском
университете
210602, Витебск, пр. Фрунзе, 27
Тел.(8-0212) 261966